

Bydgoszcz, dnia.....

Centrum Medyczne Gizińscy Sp. z o.o.  
ul. Leśna 9a  
85-676 Bydgoszcz

**WNIOSEK  
o udostępnienie dokumentacji medycznej**

**I. Dane osoby składającej wniosek o wydanie dokumentacji medycznej:**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL: .....

**II. Dane pacjenta, którego dotyczy udostępnienie dokumentacji medycznej:**

*(w przypadku, gdy wnoszącym jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL: .....

**Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:**

- cała dokumentacja medyczna
- karta informacyjna (wypis)
- dokumentacja medyczna obejmująca okres: .....
- wybrane dokumenty znajdujące się w dokumentacji medycznej, tj:
  - a) .....
  - b) .....
  - c) .....

**Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:**

- wgląd w miejscu udzielania świadczenia z możliwością sporządzenia notatek lub zrobienia zdjęć
- odpis/wyciąg
- kopia dokumentacji medycznej/wydruk
- oryginał za potwierdzeniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych
- informatyczny nośnik danych (płyta CD)
- inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej (np. zdjęcia).....

**Odbiór udostępnionej dokumentacji medycznej:**

- odbiór osobisty w Centrum Medycznym Gizińscy
- odbiór przez osobę upoważnioną

wysyłka na adres: .....

wysyłka na adres email: .....

*Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej przewidziany w art. 26 i art. 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.).*

*Jeśli po dokumentację zwraca się osoba nieupoważniona w dokumentacji, wówczas jest ona zobowiązana przedstawić pisemne upoważnienie od pacjenta, które należy złożyć łącznie z wnioskiem.*

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis wnioskodawcy

**POTWIERDZENIE ODBIORU**

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej .....

Data i podpis