



107 Szpital Wojskowy z Przychodnią
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
78-600 Wałcz ul. Kołobrzeska 44
e-mail: sekretariat@107sw.mil.pl
tel./fax +48 261 47 28 09

..... dn.
(miejscowość) (data)

WNIOSEK o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zrealizowano:

DATA:

WYKONAŁ:

1. Wnioskodawca:
Imię i Nazwisko:
Adres zamieszkania:
Numer PESEL _____
Numer telefonu kontaktowego
2. Dokumentacja medyczna dotyczy:
Imię i Nazwisko:
Adres zamieszkania:
Numer PESEL _____
3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu):
.....
4. Do jakich celów udostępniana jest dokumentacja medyczna:
5. Rodzaj dokumentacji medycznej (zaznacza znak „x” we właściwej rubryce):
 Historia choroby Karta Informacyjna Płyta CD z badaniem
(podać nazwa badania)
wypożyczenie innego oryginału
6. Wnioskuje (zaznacz znak „x” we właściwej rubryce):
 o udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5
 o wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5
i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji zgodnej z
obowiązującym cennikiem, ustalonym na podstawie art. 28.1 ust. 1-3 ustawy o
prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009.52.417 z dnia 31 marca 2009 r.)
7. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5
zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez
podpisu.
8. Dokumentację wymienioną w pkt. 5
 odbiorę osobiście
 proszę przesłać na adres określony w pkt. 1 (czytelny podpis)