

Wniosek o udostępnienie kopii / wglądu* do dokumentacji medycznej¹⁾

1. **Wnioskodawca:** Imię i nazwisko:

2. **Dokumentacja medyczna dotyczy:** Imię i nazwisko

Nr PESEL Tel. kontaktowy

3. **Dokumentacja medyczna dotyczy:**

(podać nazwę poradni oraz datę/ty udzielanego świadczenia zdrowotnego)

.....

4. **Kserokopię dokumentacji medycznej:**

- odbiorę osobiście
- proszę o wysłanie pocztą (pokryję koszty przesyłki)
- wnioskuję o wgląd do dokumentacji medycznej na miejscu

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru / wglądu* do dokumentacji medycznej (pacjent lub osoba upoważniona w dok. med.)

Imię i Nazwisko

Rodzaj, Nr i seria dok. tożsamości.....

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację med.)

Potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej

.....
(data, imię i nazwisko osoby wydającej – SOWMED)

* niewłaściwe skreślić

¹⁾ art.26.1.2 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2019 poz.1127)