

.....  
(Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o wydanie dokumentacji medycznej)

Zator, dnia .....

.....  
(Adres zamieszkania)

.....  
(telefon)

**Zakład Opiekuńczo- Leczniczy im. Hanny Chrzanowskiej  
ul. Jana Pawła II 1  
32-640 Zator**

### WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskuje o udostępnienie kserokopii, odpisu, wyciągu\* dokumentacji medycznej dotyczącej Pacjenta:

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

sporządzonej w tutejszej placówce.

Dokumentacja dotyczy leczenia w: .....

Rodzaj dokumentacji medycznej: .....

Za okres: od ..... do .....

Cel wydania: .....

Odbiór:

- osobiście  
 przez osobę upoważnioną (jak poniżej)  
 proszę przesłać pocztą poleconą

**Wyrażam zgodę**

.....  
(podpis Dyrektora Zakładu)

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić

### UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam Pana/Panią .....

zam. ....

legitymującego/cą się dowodem tożsamości ..... nr .....

wydanym przez .....

do odbioru dokumentacji medycznej Pacjenta: .....

.....  
(data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)