

## WNIOSEK O WYDANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WYPEŁNIA PACJENT / OSOBA UPOWAŻNIONA

**1. Ja niżej podpisana(y)**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania .....

PESEL.....

Telefon ..... E-mail .....

wnoszę o wydanie oryginału dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych SPGZOZ w Rzezawie ul. Wiśniowa 30, 32-765 Rzezawa dotyczącej:

**a) mojego leczenia\*,**

**b) leczenia osoby\*:**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL

której jestem przedstawicielem ustawowym / prawnym opiekunem\*

która upoważniła mnie do odbioru dokumentacji medycznej na podstawie przedłożonego pełnomocnictwa\*

**2) Dokumentacja medyczna dotyczy:**

a) leczenia w ..... w okresie od ..... do .....

(nazwa)

b) leczenia w poradni specjalistycznej .....

(nazwa poradni)

.....w okresie od ..... do .....

c) pozostałych badań lub zabiegów – podać, jakich (np. badań RTG, USG, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, zabiegów operacyjnych itp.)

**3) Do jakich celów wnioskowane jest wydanie oryginału dokumentacji:**

.....  
.....

.....  
(podpis pacjenta lub osoby przez niego  
pisemnie upoważnionej)

\* - niepotrzebne skreślić