

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:.....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

Adres e-mail\*: .....

\* adres ten podajemy w przypadku wnioskowania o przesłanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

\* wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca występuje o udostępnienie dokumentacji z upoważnienia pacjenta lub jako przedstawiciel ustawowy

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni .....
- okres leczenia .....

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- proszę wysłać za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko .....
  - nr dowodu osobistego .....

### Oświadczam, iż:

1. Zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującym cennikiem w **1 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SPZOZ w Lublinie, al. Raławickie 23, 20-049 Lublin.**
2. Pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą).
3. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej

kopii.

4. Żądając wydania dokumentacji medycznej za pośrednictwem poczty, jestem świadomy zagrożeń wysyłania dokumentacji medycznej oraz biorę pełną odpowiedzialność za obieg i bezpieczeństwo udostępnionej dokumentacji.
5. Żądając wydania dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, jestem świadomy zagrożeń przesyłania danych drogą elektroniczną oraz biorę pełną odpowiedzialność za obieg i bezpieczeństwo udostępnionych danych w sieci.

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*czytelny podpis wnioskodawcy*

### **Wydanie dokumentacji medycznej**

Data wydania kserokopii dokumentacji .....

Pobrano opłatę w wysokości ..... Liczba stron .....

.....  
*czytelny podpis osoby upoważnionej  
do udostępniania dokumentacji medycznej*

.....  
*czytelny podpis wnioskodawcy*