

Załącznik nr 1  
do zarządzenia nr 95/2018  
Dyrektora Pogotowia Ratunkowego  
we Wrocławiu  
z dnia 20 grudnia 2018 r.

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

**TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: ( proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)**

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

### Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- wydanie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji na elektronicznym nośniku

Powód wydania dokumentacji medycznej:

- kontynuacja leczenia w innych podmiotach,
- inne : .....

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

*Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis czytelny wnioskodawcy

**POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: .....

Podpis pracownika: .....

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....  
data i podpis czytelny pracownika wydającego dokumentację

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data i podpis czytelny osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:  
(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....  
data i podpis czytelny pracownika wydającego dokumentację