

Siedlce, dnia .....

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA

Imię i Nazwisko ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

### DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ (wypełnić jeśli inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w Oddziale / Poradni /Przychodni

---

(nazwa oddziału / poradni /przychodni oraz okres leczenia)

Forma (właściwe zaznaczyć):

kopia    do wglądu, na miejscu    odpis    wyciąg    wydruk    wynik badania (CD)

w związku z żądaniem udostępniania dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonej powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie (dotyczy pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego)

zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Siedlcach.

---

Czytelny podpis Wnioskującego