

.....  
Imię Nazwisko wnioskodawcy

Miejscowość, data .....

.....  
PESEL lub data urodzenia

Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Obornikach

.....  
Adres zamieszkania

.....  
nr dowodu tożsamości

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany, zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej:

.....  
dane pacjenta (osoby, której dokumentacja dotyczy)

.....  
(określenie oddziału, poradni i daty oraz rodzaju dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna,  
karta wyjazdu ZRM, zapis zdjęć: RTG, KT, wynik badań inne)

w postaci: kopii  , odpisu  , wyciągu  (zaznaczyć właściwe)

Dokumentację odbiorę: osobiście   
proszę przesłać na adres: .....

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ w Obornikach oraz pokrycia kosztów przesyłki.

.....  
podpis wnioskodawcy

### Wypełnić, gdy Wnioskujący deklaruje odbiór dokumentacji za pośrednictwem upoważnionej osoby!

Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym seria .....nr .....  
upoważniam ..... legitymującego się dowodem  
osobistym seria ..... nr ..... wydany przez .....  
do odbioru kopii wyżej wymienionej dokumentacji medycznej , będącej w posiadaniu SP ZOZ  
w Obornikach.

.....  
czytelny podpis i data

### Decyzja o udostępnieniu dokumentacji

.....  
podpis Dyrektora lub osoby upoważnionej

Dokumentację wydano:  
Wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru dokumentacji

Osobie upoważnionej

Wysłano pocztą (data)

.....  
podpis osoby wydającej

.....  
podpis osoby odbierającej, data