

	<b>FORMULARZ</b>	<b>F-UI-5</b>
	<b>Wniosek o sporządzanie wyciągu/odpisu/ kopii dokumentacji medycznej</b>	Strona 1/1
		Wydanie 2

**Działając\***

- 1. W imieniu własnym/pacjent, 2. Osoba upoważniona, 3. Przedstawiciel ustawowy (rodzic), 4. Opiekun prawny, 5. Instytucja/podmiot leczniczy.**

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta - wyciągu / odpisu / kopii\* w zakresie\*: hospitalizacji, leczenia ambulatoryjnego w SPZOZ Mława

..... od dnia ..... do dnia .....  
*nazwa dokumentu*

W .....  
*nazwa oddziału/ poradni*

**Dane wnioskodawcy:**

**\*\*Dane osoby, której dokumentacja dotyczy:**

.....  
*imię i nazwisko/instytucja*

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*adres(zamieszkania/zameldowania)*

.....  
*adres( zamieszkania/zameldowania)*

.....  
*Nr i seria dowodu osobistego*

.....  
*PESEL*

.....  
*data*

.....  
*data*

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*

Powyższe dane osobowe potwierdzam ..... data .....  
*podpis przyjmującego wniosek*

**DECYZJA O UDOSTĘPNIENIU DOKUMENTACJI**

.....

.....

**data i podpis Dyrektora SPZOZ Mława**

**WYDANIE DOKUMENTACJI**

**Potwierdzam odbiór dokumentacji.**

**Imię i Nazwisko** .....

**Adres** .....

**PESEL**.....

.....

*czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację*

\*Niepotrzebne skreślić,

\*\*wypełnia się w przypadku, gdy dokumentacja medyczna dotyczy innej osoby niż wnioskodawca

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.