

**Szpital Ogólny w Kolnie  
ul. Wojska Polskiego 69, 18-500 Kolno**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy::**

Imię i nazwisko:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

/PESEL/

Adres zamieszkania:.....

Wnioskuję o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- wydanie na elektronicznym nośniku danych dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie Szpitala.

Rodzaj dokumentacji medycznej i za jaki okres leczenia:

.....

.....

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

.....

/ miejscowość, data /

.....

/ podpis wnioskodawcy/

## POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta
- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:.....

### POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji za okazaniem dowodu tożsamości.

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację