



**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Ustrzykach Dolnych**

Ustrzyki Dolne, dnia .....

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ  
W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZESPOLE OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W USTRZYKACH DOLNYCH**

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko .....

Adres .....

PESEL .....

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko .....

Adres .....

PESEL .....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:\*\*

- Do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- Wydanie kserokopii
- Wydanie wyciągu
- Wydanie odpisu
- Wydanie wydruku
- Za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
- Na informatycznym nośniku danych CD/DVD w przypadku badań obrazowych

z leczenia w ..... za okres .....

Zakres dokumentacji:

.....  
.....

W dniu ..... została udostępniona dokumentacja medyczna Pani/Panu\*

..... bezpłatnie/odpłatnie w kwocie.....\*

.....  
*(podpis osoby wydającej  
dokumentację medyczną)*

.....  
*(data i podpis osoby odbierającej  
dokumentację medyczną)*

\*-niepotrzebne skreślić

\*\* - proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce