

Załącznik nr 2

.....  
miejsowość, data

**Wniosek  
o wydanie kopii/wyciągu/odpisu/wydruku\* dokumentacji medycznej**

1. Wnioskodawca

Imię i Nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Nr PESEL: 

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

Numer telefonu kontaktowego: .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy\*\*:

Imię i Nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Nr PESEL: 

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

Numer telefonu kontaktowego: .....

3. Dokumentacja dotyczy leczenia szpitalnego/leczenia ambulatoryjnego/diagnostyki\* w Centrum

Medycznym MAVIT z dnia: .....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać jakich, inna).....

5. Dokumentacja medyczna zostanie wydana na potrzeby\*\*\*:

- Własne
- Usług medycznych, które służą profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia i są wykonywane w ramach działalności leczniczej przez podmioty lecznicze
- Inne: .....

6. Wnioskuje o wydanie kserokopii/wyciągu/odpisu\* dokumentacji medycznej określonej w pkt 4 i zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. Nr 52 poz. 417) oraz ewentualnej przesyłki pocztowej.

7. Dokumentacja medyczna wymieniona w pkt 4 będzie\*\*\*:

- Odebrana osobiście przez Wnioskodawcę lub osobę upoważnioną (zgodnie z upoważnieniem znajdującym się w dokumentacji medycznej)
- Odebrana przez osobę wskazaną w „Upoważnieniu do odbioru dokumentacji medycznej”
- Przesłana na adres e-maila: .....
- Przesłana pocztą, listem poleconym na adres: .....

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnić w przypadku, gdy o udostępnienie dokumentacji zwraca się przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona (zgodnie z upoważnieniem znajdującym się w indywidualnej dokumentacji pacjenta)

\*\*\* zaznaczyć właściwe