

Załącznik nr 1

.....  
miejscowość, data

**Wniosek  
o udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**

**CZĘŚĆ I**

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. Ja niżej podpisany/a legitymujący/a się dowodem osobistym Seria..... Nr.....  
zwracam się z prośbą o udostępnienie do wglądu dokumentacji medycznej sporządzonej w Centrum  
Medycznym MAVIT w okresie od ..... do .....  
w Oddziale/Poradni\*\* .....

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy

Centrum Medyczne MAVIT poinformuje Wnioskodawcę telefonicznie o proponowanym terminie wglądu w dokumentację medyczną (do 7 dni roboczych od daty złożenia wniosku).

Wgląd w dokumentację medyczną odbywa się wyłącznie w placówce Centrum Medycznego MAVIT w obecności lekarza.

**CZĘŚĆ II**

**Potwierdzenie wglądu**

Potwierdzam dokonanie wglądu w dokumentację medyczną w dniu .....

.....  
podpis i pieczęć Lekarza CM MAVIT

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy

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

\*\* niepotrzebne skreślić