

## F-SZ.3-216 Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Poznań, dnia .....

## DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko

Adres .....

PESEL .....

Nr telefonu.....

Do Dyrektora  
Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu

## WNIOSEK

Działając:

- w imieniu własnym
- jako przedstawiciel ustawowy
- jako osoba upoważniona przez pacjenta

zwracam się o udostępnienie dokumentacji medycznej:

## DANE PACJENTA

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Nazwa oddziału, poradni, nr historii choroby

w postaci:

kserokopii odpisu wyciągu Dokumentację odbiorę osobiście Dokumentację proszę przesać na adres:  .....

Zobowiązuję się pokryć koszty udostępnienia, których wysokość jest mi znana

\* zaznaczyć właściwy kwadrat

Podpis wnioskodawcy

.....

F-SZ.3-216 Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

**POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU (WYPEŁNIA SZPITAL)**

Dokument tożsamości wnioskodawcy .....

Osoba upoważniona w dokumentacji medycznej do odbioru, jeśli wnioskodawcą nie jest pacjent Imię i nazwisko .....

Data, podpis pracownika

---

**DECYZJA O UDOSTĘPNIENIU DOKUMENTACJI**

Data, podpis Dyrektora

---

**POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI**

Imię i nazwisko.....

Dokument tożsamości .....

Data, czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

Data wydania, podpis pracownika