

### Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

**1. Wnioskujący (proszę zaznaczyć właściwe)**

Pacjent     Przedstawiciel ustawowy (opiekun)     Osoba upoważniona przez pacjenta

Imię i nazwisko wnioskującego ..... PESEL .....

**2. Osoba, której dokumentacja dotyczy**

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

**3. Zakres żądanych informacji**

Poradnia .....

Okres: od ..... do .....

**4. Forma udostępnienia (proszę zaznaczyć właściwe)**

kserokopia dokumentacji/wydruk z systemu informatycznego  
 udostępnienie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej\*  
adres email, na który należy wysłać dokumentację medyczną:

.....

wydanie oryginału z zastrzeżeniem zwrotu (tylko w uzasadnionych prawnie przypadkach)  
 inne: .....

\*W przypadku zaznaczenia opcji wysyłki kopii dokumentacji pocztą elektroniczną pliki zostaną zabezpieczone hasłem. Hasło musi posiadać co najmniej 10 znaków, w tym przynajmniej jeden znak specjalny (niebędący literą ani cyfrą - np. !,?,\*) i jedną dużą literę. Hasło jest przekazywane na podany przez Wnioskodawcę numer telefonu lub w inny bezpieczny sposób.  
Pliki będą kompresowane i zabezpieczone hasłem, zapisane w formacie ZIP. Pliki można odczytać m.in. za pomocą darmowego programu 7-ZIP (do pobrania np. ze strony [www.7-zip.org](http://www.7-zip.org)). Posiadanie programu do dekompresji plików obsługujący format ZIP będzie konieczne do otwarcia przesłanych plików.

**5. Wnioskowana dokumentacja zostanie odebrana:**

osobiście,  
 poprzez osobę upoważnioną:

Imię i nazwisko ..... PESEL.....

.....  
data i podpis wnioskującego

---

**Potwierdzenie odbioru dokumentacji**

**UWAGA:** Osoba odbierająca dokumentację medyczną, nie będąca osobą , której dokumentacja dotyczy powinna być upoważniona do odbioru dokumentacji medycznej.

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

.....  
*data i podpis wydającego dokumentację medyczną*

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