



PROCEDURA  
udostępniania i archiwizacji dokumentacji  
medycznej oraz jej zabezpieczenia przed  
dostępem osób nieupoważnionych

Ozn	P-7	ZI		
Rew				
Data				
Wyd	VI			

Załącznik nr 1 do procedury

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

DANE PACJENTA

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
Adres

.....  
Pesel

.....  
Telefon kontaktowy

DANE WNIOSKODAWCY<sup>1</sup>

.....  
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....  
Adres

.....  
Pesel

.....  
Telefon kontaktowy

Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia w Pleszewskim Centrum Medycznym w Pleszewie

Sp. z o.o. w oddziale / poradni..... w okresie.....

- rodzaj dokumentacji: .....
- wnioskowana forma udostępnienia (np. do wglądu, kopia, odpis, wyciąg):.....

Cel:  dalsze leczenie,  przedłożenie komisji lekarskiej (w tym orzekanie o niepełnosprawności, ZUS, ubezpieczenia),  inne

Oświadczam, że jestem poinformowany o wysokości opłaty za udostępnienie i zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz regulaminem organizacyjnym PCM.

.....  
data, podpis Wnioskodawcy

**Zezwolenie na udostępnienie dokumentacji medycznej**

Zezwalam na udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta.

.....  
data, podpis

**Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej**

Potwierdzam udostępnienie dokumentacji medycznej. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację ustalono na podstawie

Osobiście znana  Seria i numer dowodu .....

Ilość stron.....

Wniesiono opłatę w kwocie .....

.....  
Podpis osoby wydającej dokumentację

.....  
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

<sup>1</sup> Wypełnić w przypadku jeżeli Wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji medycznej jako przedstawiciel ustawy lub z upoważnienia pacjenta