



**Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy  
w Rabce-Zdroju**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... Numer telefonu kontaktowego: .....

Adres zamieszkania: .....

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

**Wnioskuję o:**

- ☐ wydanie kserokopii dokumentacji medycznej  
☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni: .....
- okres leczenia: .....

Wnioskowaną dokumentację:

- ☐ odbiorę osobiście  
☐ proszę wysłać na adres: .....  
☐ odbierze osoba upoważniona:  
– imię i nazwisko: .....  
– numer dowodu osobistego: .....

Oświadczam, iż:

1. zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc Oddziale Terenowym w Rabce-Zdroju,
2. pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),
3. w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**Wyrażam zgodę na przesłanie mi wnioskowanej dokumentacji medycznej oraz zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych w tym celu. Jednocześnie oświadczam, iż wszelkiego rodzaju ryzyko z tym związane nie będzie obciążało Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Oddziału Terenowego w Rabce-Zdroju.**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: ..... Uzgodniony termin odbioru/wysyłki/udostępnienia do wglądu: .....

Podpis pracownika: .....

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

- ☐ wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta,
- ☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....  
(data i podpis pracownika wydającego dokumentację)

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:  
(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....  
(data i podpis pracownika wydającego dokumentację)