

Lublin dn. ....r.

**MegaMed Sp. z o.o. z siedzibą w Belchatowie 97-400 ul. Czapliniecka 93/95  
Przychodnia Lekarska Lublin 20-340 ul. Garbarska 21**

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. 2017 poz. 1318 z póź. zm.)

**1. Dane wnioskodawcy:**

- Nazwisko i Imię .....
- Adres zamieszkania .....
- Nr PESEL/Regon
- Numer telefonu
- Adres e-mail

**2. Wnioskującym o udostępnianie dokumentacji medycznej jest\*:**

- Pacjent (osoba, której dane dotyczą),
- Przedstawiciel ustawowy/opiekun
- Osoba upoważniona,

**3. Dane identyfikujące osobę, której dokumentacja medyczna będzie udostępniana (wypełnić w przypadku, gdy wnioskującym nie jest osobą, której dane dotyczą):**

- Nazwisko i imię: .....
- Adres zamieszkania: .....
- Nr PESEL

**4. Zakres żądanych informacji o stanie zdrowia/dokumentacji medycznej\*:**

- Historia zdrowia i choroby z poradni: ...../daty skrajne.....
- Historia zdrowia i choroby z poradni: ...../daty skrajne.....
- Historia zdrowia i choroby z poradni: ...../daty skrajne.....
- Historia zdrowia i choroby z poradni: ...../daty skrajne.....
- Historia zdrowia i choroby z poradni: ...../daty skrajne.....
- Wyniki badań pracowni diagnostycznej: ...../daty skrajne.....

## 5. Postać udostępnienia dokumentacji medycznej

X Sporządzenie kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem.

.....  
(Czytelny podpis pacjenta)

## 6. Oświadczenie składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna pacjenta.

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej  
..... (imię i nazwisko małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej, wpisać czytelnie,  
drukowanymi literami).

.....  
(Czytelny podpis)

Załączone dokumenty do wniosku:.....

---

## 7. Weryfikacja wniosku

Stwierdzam, że .....

.....  
(Pieczętka i podpis osoby weryfikującej)

## 8. Potwierdzenie wydania i odbioru dokumentacji medycznej

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej.

W przypadku odbioru dokumentacji medycznej

przez osobę upoważnioną

nr upoważnienia.....

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....  
(Pieczętka i podpis wydającego)

.....  
Bełchatów, dnia

.....  
(Czytelny podpis osoby odbierającej)

---

\* Jeżeli TAK, to zakreśla kwadrat literą „x”: