

**Szpital Nowowiejski**  
ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa

**WNIOSEK  
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1) Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Nr PESEL:

Numer telefonu kontaktowego: .....

2) Dane osobowe pacjenta, którego dotyczy wniosek (jeżeli wnioskodawcą nie jest pacjent):

Imię i Nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Nr PESEL:

3) Zakres wnioskowanej dokumentacji:

Poradnia ..... za okres .....

Oddział ..... za okres .....

4) Wnioskuje o:

a) wydanie:

kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego

kserokopii dokumentacji medycznej

odpisu dokumentacji medycznej

wyciągu z dokumentacji medycznej

b) wgląd do dokumentacji medycznej

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii/ odpisu/ wyciągu zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu.

5) Dokumentację:

Odbiorę osobiście

Jednorazowo upoważniam do odbioru kserokopii\*, odpisu\*, wyciągu\* dokumentacji:

.....

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....

(nr i seria dokumentu tożsamości oraz PESEL upoważnionego)

Zobowiązuje się, powiadomić osobę odbierającą o konieczności pokrycia kosztów wykonania kserokopii\*, odpisu\*, wyciągu\* dokumentacji medycznej.

Proszę przesać na adres jak w punkcie nr 1. Należność ureguluję za zaliczeniem pocztowym;  
Jednocześnie oświadczam, iż wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji medycznej nie będzie obciążało Szpitala Nowowiejskiego.

.....  
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

.....  
(podpis pracownika Szpitala potwierdzający tożsamość  
wnioskodawcy, w przypadku upoważnienia do odbioru innej osoby )

**WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

1 ) Potwierdzam odbiór kserokopii/odpisu/wyciągu/ dokumentacji medycznej\*:

.....  
(data) (imię i nazwisko odbierającego) (nr dokumentu tożsamości odbierającego)  
  
.....  
(podpis odbierającego dokumentację medyczną)

2) Nie pobrano opłaty \*

3) Pobrano opłatę w wysokości: ..... zł; KP .....

4) Opłacono przelewem na konto bankowe:

**PKO BP S.A. nr 10 1440 1101 0000 0000 1351 8254.**

5) Wysłano listem poleconym:

.....  
(nr nadawczy) (dnia)

.....  
(podpis pracownika wydającego dokumentację medyczną)

\*wybrać właściwe