SAMODZIELNY PUBLICZNY OŚRODEK TERAPII I REHABILITACJI DLA DZIECI
ul. Kołłątaja 4 82-500 Kwidzyn tel. (55) 279 30 22
www.aac.pl otir@post.pl

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: ……
PESEL: ……
Adres zamieszkania: ……
……
Numer telefonu kontaktowego: ……

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko: ……
PESEL: ……

Wnioskuję o:

- ☐ **wydanie kopii dokumentacji medycznej**
- ☐ **udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**

Wnioskowaną dokumentację:

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

…… ……
miejscowość, data podpis wnioskodawcy

F18-P6.1 w.1 z dnia 20.11.2025 r.

Formularz opracowała: Emilia Donajska
Zatwierdziła: Barbara Gregorczyk

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: ……

Data: ……

Podpis pracownika przyjmującego wniosek: ……

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI:

Dokumentacja:

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

Data: ……

Podpis pracownika wydającego dokumentację: ……

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

Data: ……

Podpis osoby odbierającej dokumentację: ……

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

Data: ……

Podpis pracownika wydającego dokumentację: ……