

	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEDLCACH	
	Załącznik nr 1 Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	PA-2
		Wersja 1
		Obowiązuje od 01.07.2025 r.

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA

Imię i Nazwisko PESEL

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ (wypełnić, jeśli inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko PESEL

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w Oddziale / Poradni /Przychodni

(nazwa oddziału / poradni /przychodni oraz okres leczenia)

Forma (właściwe zaznaczyć):

☐ kopia
 ☐ do wglądu, na miejscu
 ☐ odpis
 ☐ wyciąg
 ☐ wydruk
 ☐ wynik badania (CD)

☐ w związku z żądaniem udostępniania dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonej powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie (dotyczy pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego)

☐ zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Siedlcach.

Dnia

Czytelny podpis Wnioskującego