|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | dnia |  |
| *(miejscowość)* |  | *(data)* |

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**1.Dane pacjenta , którego dotyczy dokumentacja medyczna**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| Data urodzenia: |  |
| PESEL |  | Telefon kontaktowy |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oddziału/ poradni: | Okres pobytu |
|  | od: |  | do: |  |
|  | od: |  | do: |  |
|  | od: |  | do: |  |
|  | od: |  | do: |  |
|  | od: |  | do: |  |
|  | od: |  | do: |  |

**2.Dane wnioskodawcy: (jeśli inne niż w pkt 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| Data urodzenia: |  |
| PESEL |  | Telefon kontaktowy |  |

**3.Proszę o wydanie dokumentacji medycznej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  własnej | [ ]  osoby, której jestem prawnym opiekunem | [ ]  innej osoby, na podstawie upoważnienia znajdującego się w dokumentacji |

**4.Odbiór dokumentacji medycznej:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  osobisty | [ ]  poprzez osobę upoważnioną przez pacjenta |

**WYPEŁNIA PRACOWNIK WOTUiW w Toruniu**

**5.Dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji medycznej:**

[ ]  *osobiście*

[ ]  *osoba upoważniona w dokumentacji*

[ ]  *inna osoba na podstawie przedstawionego upoważnienia*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Seria i numer dowodu osobistego: |  |

Potwierdzam odbiór kopii/odpisu dokumentacji medycznej zgodnie ze złożonym wnioskiem.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(data, imię, nazwisko, podpis osoby dokonującej odbioru dokumentacji medycznej)* |  | *(data, imię, nazwisko, podpis osoby wydającej dokumentację medyczną)* |