

**F I/01 – załącznik nr 1 do „Instrukcji prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej”**

Serafin Clinic  
Specjalistyczne Centrum Medyczne  
Dawid Serafin  
ul. Daszyńskiego 34/2, 44 – 100 Gliwice

**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:**

***(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)***

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....

**Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej:**

- do wglądu,
- poprzez sporządzenie wyciągu/ odpisu/ kopii/ wydruku/\*,
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
- na informatycznym nośniku danych.

**Rodzaj dokumentacji medycznej:**

- nazwa poradni / pracowni / gabinetu: .....
- okres leczenia: .....

**Wnioskowaną dokumentację:**

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko:.....
  - numer dowodu osobistego:.....
- proszę wysłać na adres korespondencyjny.....  
(Listem poleconym za potwierdzeniem odbioru, w dwóch niezależnie zamkniętych kopertach.)
- proszę wysłać drogą elektroniczną na adres e-mail.....  
Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a/ ryzyka, jakie niesie za sobą przesyłanie danych drogą elektroniczną.

Pliki będą kompresowane i zabezpieczone hasłem (PESEL Pacjenta) za pomocą programu 7-ZIP (do pobrania np. ze strony [www.7-zip.org](http://www.7-zip.org)).

.....  
*data i podpis wnioskodawcy*

**POTWIERDZENIE WPLYWU:**

Data: .....  
Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu\*: .....

Podpis pracownika: .....

**F I/01 – załącznik nr 1 do „Instrukcji prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej”**

(\*Uwaga - niepotrzebne skreślić)

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI (wypełnia Rejestracja)

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres korespondencyjny w dniu.....
- wysłana elektronicznie na wskazany adres e-mail w dniu.....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

- serii i numeru dowodu osobistego**

.....

.....  
*data i podpis pracownika wydającego dokumentację*

---

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
*data i podpis osoby odbierającej dokumentację*