

Warszawa, dn.....

.....  
Imię i nazwisko:

.....  
Adres zamieszkania:

PESEL..... Tel. Kontaktowy.....  
przedstawiciel ustawowy / osoba upoważniona przez pacjenta\*

**Do Dyrektora  
Międzyleskiego Szpitala  
Specjalistycznego w Warszawie  
04-749 Warszawa,  
ul. Bursztynowa 2**

**WNIOSEK UPOWAŻNIONEGO  
o udostępnienie dokumentacji medycznej**  
Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i  
nazwisko.....  
Adres zamieszkania.....  
Nr PESEL.....  
Rodzaj dokumentacji.....Data hospitalizacji/porady.....  
Oddział/Poradnia.....  
w formie kopii, wyciągu, odpisu, kserokopii\* dokonanej na mój koszt.  
Udostępnienie w celu.....

.....  
podpis pracownika sprawdzającego obecność  
upoważnienia w dokumentacji medycznej

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

.....  
podpis Dyrektora lub osoby upoważnionej

Dokumenty otrzymałam/em dnia

.....  
Data i czytelny podpis Wnioskodawcy

\*niepotrzebne skreślić  
Wydanie III z dnia 27.05.2013r.

**UPOWAŻNIENIE**

(Dotyczy: Pacjentów, którzy w trakcie udzielenia świadczenia nie upoważnili wnioskodawcy do otrzymania kopii, wyciągu, odpisu dokumentacji medycznej lub upoważniają do odbioru oryginału wyniku badania diagnostycznego.)

Ja niżej podpisany upoważniam

Panią / Pana\* :.....

PESEL.....,

Adres zamieszkania:.....

.....  
tel. ....,

legitymującego się dowodem osobistym nr..... do otrzymania  
kopii dokumentacji medycznej, wyciągu, odpisu lub do odbioru wyniku badania  
diagnostycznego\*.Rodzaj dokumentacji / data udzielenia świadczenia:

.....  
Data i czytelny Podpis Pacjenta.....

\*niepotrzebne skreślić  
Wydanie I z dnia 27.05.2013r.

Warszawa, dn.....

.....  
Imię i nazwisko:

.....  
Adres zamieszkania:

PESEL.....Tel. Kontaktowy.....

**Do Dyrektora  
Międzyleskiego Szpitala  
Specjalistycznego w Warszawie  
04-749 Warszawa,  
ul. Bursztynowa 2**

**WNIOSEK PACJENTA  
o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Proszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej / dokumentacji zbiorczej w zakresie dotyczącym mojej osoby\*, w formie kopii, wyciągu, odpisu, kserokopii\* dokonanej na mój koszt.

Rodzaj Dokumentacji.....

Data hospitalizacji/porady.....

Nazwa Oddziału/Poradni .....

Udostępnienie w celu.....

.....  
Podpis pacjenta

.....  
Podpis Dyrektora lub osoby upoważnionej

Dokumenty otrzymałam/ em dnia

.....  
Czytelny podpis Pacjenta

\*niepotrzebne skreślić :

Wydanie III z dnia 27.05.2013r.