



Zespół  
Opieki  
Zdrowotnej  
w Knurówie

Załącznik nr 4 „Wniosek o wgląd do dokumentacji medycznej”  
do Zarządzenia nr 21/2017 z dnia 31.05.2017r

Knurów, dnia.....

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurówie**  
**ul. Niepodległości 8**  
**44-190 Knurów**

## WNIOSEK O WGLĄD DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

*Proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami*

### 1. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

### 2. Dane Wnioskodawcy o wgląd do dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu uprawnionego .....

PESEL/NIP:.....

Adres zamieszkania/siedziba:.....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### 3. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### 4. Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa przychodni / poradni / pracowni: .....
- okres leczenia: .....
- historia zdrowia i choroby; wyniki badań; inne.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

Dokumentację do wglądu udostępniono dnia .....

.....  
(data i podpis osoby udostępniającej dokumentację)

.....  
(data i podpis osoby oglądającej dokumentację)