



Warszawa, dnia .....

Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska

„SpecLek”

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie

Aleja Generała Antoniego Chruściela „Montera” 103, 00-910 Warszawa

### Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

**Wnioskuje o:**

- wykonanie kopii dokumentacji medycznej do celów prywatnych
- wykonanie kopii dokumentacji med. poświadczonej za zgodność z oryginałem do celów urzędowych
- wgląd do dokumentacji medycznej
- wydanie kopii wyników badań obrazowych na płycie CD/DVD
- udostępnienie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej

**1. Dane wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

Nr telefonu kontaktowego .....

Adres e-mail .....

\*adres ten podajemy jeżeli wnioskujemy o przesłanie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

**2. Dane Pacjenta: \*wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca występuje o udostępnienie dokumentacji z upoważnienia pacjenta lub jako przedstawiciel ustawowy**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

**3. Dokumentacja dotyczy leczenia w poradni:**

..... od dnia..... do dnia .....

..... od dnia..... do dnia .....

..... od dnia..... do dnia .....

..... od dnia..... do dnia .....

W przypadku pobierania dokumentacji medycznej po raz drugi w żądanym okresie zobowiązuję się do pokrycia kosztów, zgodnie z cennikiem obowiązującym w WSPL „SpecLek” SPZOZ w Warszawie.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że żądając wydania dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej zostałem(am) poinformowany(a) o zagrożeniach przesyłania danych drogą elektroniczną, oraz biorę pełną odpowiedzialność za obieg i bezpieczeństwo udostępnionych danych w sieci.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

### Wydanie dokumentacji medycznej

Pobrano opłatę w wysokości ..... paragon z dnia .....

Czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację .....

.....  
data

.....  
czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację