



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA:	
IMIĘ (IMIONA)	
NAZWISKO	
PESEL	
NR TELEFONU	
DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:	
IMIĘ (IMIONA)	
NAZWISKO	
DATA URODZENIA (jeśli podano w upoważnieniu)	

Wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej:

- ☐ do wglądu,
- ☐ odpisu,
- ☐ kopii,
- ☐ wyciągu
- ☐ w formie elektronicznej,

w całości/w części* dotyczącej okresu od do,

Dokumentację medyczną:

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ proszę wysłać pocztą/kurierem na adres wskazany w formularzu pacjenta/inny.*
- ☐ proszę przestać na e-mail wskazany w formularzu pacjenta/inny*:

..... (dotyczy dokumentacji w formie elektronicznej)

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych znajdują się w klauzuli informacyjnej dostępnej na stronie internetowej otu.szczecin.pl oraz w rejestracji.

.....
data i podpis Pacjenta,
przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej