

....., dnia .....  
/miejsowość/

.....\*  
*numer telefonu do rejestracji*  
*przyjmującej wniosek*

.....\*  
*Termin udostępnienia dokumentacji medycznej*

\* wypełnia pracownik rejestracji

**Wniosek o wydanie kopii/ odpisu / wyciągu dokumentacji medycznej  
znajdującej się w zasobach WOMP-ZCLiP dotyczącej:**

- Mojej osoby.
- Osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym – wnioskodawca.
- Posiadam upoważnienie (w załączniku) – wnioskodawca.

**1. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :**

Nazwisko ..... Imię ..... PESEL .....

Poradnia.....

.....  
.....

data wizyty \_\_\_\_\_ lub przedział czasowy \_\_\_\_\_

**Diagnostyka obrazowa RTG,**

Badanie wykonano w czasie: \_\_\_\_\_  
na zlecenie lekarza \_\_\_\_\_

**Inne szczególne** (wymagany opis wniosku)

-----

**Sposób odbioru dokumentacji w formie papierowej.**

- Odbiór osobisty
- Odbiór za pośrednictwem innej osoby.

**Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnionej dokumentacji w postaci pisemnej.  
Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.**

**Obowiązek zapłaty istnieje niezależnie od faktu odebrania udostępnionej dokumentacji.**

**2. DANE WNIOSKODAWCY**

Nazwisko ..... Imię ..... PESEL .....

Adres .....

tel. ....

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

**Kwota do zapłaty za udostępnioną dokumentację medyczną:**

.....

.....  
\_\_\_\_\_  
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

\_\_\_\_\_  
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

Wniosek zarejestrowany w zbiorze udostępnionej dokumentacji medycznej pod numerem: \_\_\_\_\_