

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**  
**(PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI)**

Katowice, dnia .....

**1. WNIOSKODAWCA:**

Imię i nazwisko ..... PESEL: .....

Adres: ..... tel:.....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: ( *proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce* )

- do wglądu w siedzibie Katowickiego Centrum Onkologii
- wydanie kserokopii
- wydanie wyciągu
- wydanie odpisu

do celów.....

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

**DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:**

Imię i nazwisko ..... PESEL: .....

Adres.....:

**2. 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

**3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA:** ( *proszę podać nazwę poradni/komórki organizacyjnej oraz okres leczenia* )

.....w okresie.....

**4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:** ( *proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce* )

- dokumentację odbiorę osobiście / przez osobę upoważnioną\* w siedzibie KCO
- dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt. 1

.....  
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

**5. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

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

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

\*) **niepotrzebne proszę skreślić**