

**WNIOSEK  
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja:**

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy / e-mail:.....

**Dane osoby wnioskującej ( nie dotyczy jeżeli wnioskującym jest pacjent):**

Imię i nazwisko:.....

PESEL.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy / e-mail:.....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (*właściwie zaznaczyć „X”*)Po raz pierwszy w żądanym zakresie Po raz kolejny w żądanym zakresie do wglądu  wyciąg  odpis  kopia  wydruk  elektroniczny nośnik danych .....  
.....  
z Poradni / Pracowni / Przekazanej przez pj smp.....

za okres od.....do.....

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z obowiązującym w Małopolskim Ośrodku Medycyny Pracy w Krakowie cennikiem udostępniania dokumentacji medycznej

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Do odbioru udostępnianej dokumentacji medycznej upoważniam Panią/Pana .....

Rodzaj i numer dowodu tożsamości.....

.....  
( czytelny podpis wnioskodawcy)

Proszę o przesłanie dokumentacji medycznej na adres.....

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.....

(data i czytelny podpis)