

**Zakład Opieki Zdrowotnej Gminy Grudziądz**  
**Ośrodek Zdrowia w Mokrem**  
**ul. Złota 4**  
**86-302 Mokre**

**Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej w postaci:**

- **kopii,**
- **wyciągu,**
- **odpisu,**
- **za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,**
- **na informatycznym nośniku danych.**

1. Wnioskodawca:  
Imię i Nazwisko .....

Nr PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy\*  
Imię i Nazwisko .....

Nr PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, wyniki badań – podać jakich, inna)

.....

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów zgodnie z Art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2017 poz 1318 t.j), stosownie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ Gminy Grudziądz .

4. Dokumentację medyczną wymienioną w pkt 3  
a) odbiorę osobiście;  
b) odbierze osoba przeze mnie upoważniona.....

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....  
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

**Potwierdzenie udostępnienia**

1. W przypadku osoby upoważnionej odbierającej kopię (wyciąg, odpis) dokumentacji medycznej należy potwierdzić tożsamość:

..... nr .....

(nazwa dokumentu tożsamości) (seria i numer dokumentu)

2. Ilość stron .....

3. Wniesiono opłatę (gotówką) w wysokości ..... zł;

.....  
(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....  
(data, podpis i pieczęć pracownika wydającego)

**Godzina wydania:**

\* - wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji medycznej jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta