.....
Imię i nazwisko

……..
Adres zamieszkania

……..
Numer telefonu

**Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek**
**Medycyny Pracy**

**WNIOSEK**
**O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej

……
imię i nazwisko osoby, której dokumentacja dotyczy

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

PESEL osoby, której dokumentacja dotyczy

z Poradni .....
nazwa komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczenia zdrowotnego

za okres ..... poprzez:

□ umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie placówki,
□ wydanie kopii dokumentacji,
□ wydanie dokumentacji w formie odpisu, wyciągu, kopii na nośniku elektronicznym***)**

**Uzasadnienie wniosku**

□ Dalsze leczenie
□ Inny cel (proszę wpisać jaki):……
……
……

1. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Mazowieckim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy.
2. Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi, jego pełnomocnikowi lub przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis

***) zaznaczyć właściwe**

**Uwaga!**
*Wniosek należy dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta, którego sprawa dotyczy.*