

.....  
(Miejsce, data)**Osoba wnioskująca:****Osoba, której dotyczy dokumentacja medyczna  
(wpisać jeżeli jest to osoba inna niż wnioskująca):**.....  
(imię, nazwisko wnioskującego).....  
(imię, nazwisko).....  
(PESEL).....  
(PESEL).....  
(adres zamieszkania).....  
(adres zamieszkania).....  
(TELEFON KONTAKTOWY).....  
(TELEFON KONTAKTOWY)

**107 Szpital Wojskowy z Przychodnią  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
78-600 Wałcz ul. Kołobrzaska 44  
e-mail: [sekretariat@107sw.mil.pl](mailto:sekretariat@107sw.mil.pl)  
tel. / fax +48 261 47 28 09**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w 107 szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ w Wałczu w: .....

.....  
(nazwa oddziału szpitalnego, poradni, zakładu rehabilitacji – rodzaj dokumentacji, np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, inne...)

w okresie .....

.....  
(data pobytu, okres korzystania ze świadczenia zdrowotnego)

w formie (zaznaczyć „x” we właściwej rubryce):

- kopii  
 wyciągu  
 odpisu  
 wydruku  
 wglądu do dokumentacji medycznej w siedzibie podmiotu leczniczego

Dokumentację medyczną (zaznaczyć „x” we właściwej rubryce):

- odbiorę osobiście,  
 odbierze osoba upoważniona, wskazana w dokumentacji medycznej,  
 odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie załączam do wniosku.

.....  
(podpis osoby wnioskującej)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji przez pacjenta:

.....  
(Podpis pacjenta)

.....  
(Nr dokumentu pot. tożsamość)

.....  
(Data)

.....  
(Podpis pracownika wydającego)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji przez osobę upoważnioną:

.....  
(Podpis osoby upoważnionej)

.....  
(Nr dokumentu pot. tożsamość)

.....  
(Data)

.....  
(Podpis pracownika wydającego)