

**DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK:**

IMIE I NAZWISKO .....

ADRES .....

NR DOWODU OSOBISTEGO.....

PESEL.....

TEL. KONTAKTOWY.....

.....  
(miejsowość, data)



NZOZ Provita w Więcborku  
ul. Powstańców Wlkp. 2 A  
89-410 Więcbork

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

MOJEJ OSOBY

DZIECKA .....  
(imię i nazwisko; PESEL)

Proszę o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej w świetle ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (DZ. U. z dnia 8 czerwca 2017r; poz.1318) niżej wymienionych dokumentów:

| DOKUMENTACJA MEDYCZNA |  | OKRES OD - DO |
|-----------------------|--|---------------|
| 1.                    | Dokumentacja medyczna z wizyt w Poradni Lekarza Rodzinnego         |               |
| 2.                    | Wyniki badań obrazowych zleconych przez Lekarza Rodzinnego         |               |
| 3.                    | Wyniki badań analitycznych zleconych przez Lekarza Rodzinnego      |               |
| 4.                    | Dokumentacja medyczna z wizyt w Poradni Ginekologiczno-Położniczej |               |
| 5.                    | Dokumentacja medyczna z wizyt w Poradni Leczenia Uzależnień        |               |
| 6.                    | Dokumentacja medyczna – karty opieki Pielęgniarki Środowiskowej    |               |
| 7.                    | Dokumentacja medyczna – Opieka Długoterminowa                      |               |
| 8.                    | Dokumentacja medyczna – Hospicjum Domowe                           |               |
| 9.                    | Inne ( jakie?)   |               |

.....  
(Czytelny podpis pacjenta,  
opiekuna, osoby upoważnionej)

**POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI:**

.....  
(Czytelny podpis pacjenta,  
opiekuna, osoby upoważnionej)

.....  
(Data)

Imię i nazwisko osoby udostępniającej dokumentację: .....

.....  
Miejscowość, data

**DANE OSOBY UPOWAŻNIAJĄCEJ:**

IMIE I NZAWISKO .....

ADRES .....

PESEL.....

TEL. KONTAKTOWY.....



*NZOZ Provita w Więcborku  
ul. Powstańców Wlkp. 2 A  
89-410 Więcbork*

**UPOWAŻNIENIE  
DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA**

Ja, niżej podpisany .....,  
działając na podstawie art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta  
i Rzeczniku Praw Pacjenta, w związku ze złożonym przeze mnie wnioskiem o udostępnienie  
mojej dokumentacji medycznej z dnia/w dniu<sup>1</sup> ....., niniejszym  
upoważniam do odbioru udostępnionej dokumentacji medycznej:

**DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:**

IMIE I NZAWISKO .....

PESEL.....

NUMER DOWODU OSOBISTEGO.....

.....  
**Podpis osoby upoważniającej**

---

Data Administratorem Pani/Pana danych osobowych , przetwarzanych na potrzeby objęcia opieką zdrowotną jest: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Provita Sp. z O.O. w Więcborku, ul. Powstańców Wlkp.2A;tel. 523898561, e-mail: [Provita@onet.pl](mailto:Provita@onet.pl). Info o RODO na stronie [www.provita-nzoz.pl](http://www.provita-nzoz.pl).

<sup>1</sup> **Data wniosku lub data jego złożenia w podmiocie leczniczym - niepotrzebne skreślić**