

Białystok, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Telefon

**Do Dyrektora  
Podlaskiego Wojewódzkiego Ośrodka  
Medycyny Pracy w Białymstoku**

### **Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi /kopii\*/wyciągu\*/odpisu\*/dokumentacji medycznej /pełnej\*/częściowej\*

badan:.....

uwierzytelnionej\*/nieuwierzytelnionej\*/z wynikami badań\*/bez wyników badań\*.....

pacjenta .....

sporządzonej w PWOMP w Białymstoku w okresie .....

badania wykonane zostały dla/ zakładu\*/ na wniosek\*/.....

w / Poradni\* / Pracowni\*/ .....

inne.....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26 i 27 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, (Dz. U z 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm). oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

.....  
(Podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę\*/ Nie wyrażam zgody\* na udostępnienie w/w dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem.

.....  
(Podpis Dyrektora)

\* niepotrzebne skreślić

### **Potwierdzenie odbioru**

Potwierdzam odbiór / kserokopii\*/ wyciągu\*/ odpisu\*/ dokumentacji medycznej w dniu

.....

.....  
(Podpis pracownika PWOMP)

\*niepotrzebne skreślić

.....  
( Podpis odbierającego)