



**Wniosek o udostępnienie  
kopii/ odpisu/ wyciągu dokumentacji medycznej**

F5-P1-PR1/15.02.2023

Strona 1 z 1

Dane wnioskodawcy:

.....  
Imię i nazwisko

.....  
nr telefonu kontaktowego (opcja dobrowolna)

Do: Kancelaria Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej  
ul. Powstania Styczniowego 9B 81-519 Gdynia

Działając w  imieniu własnym lub jako  przedstawiciel ustawowy lub  osoba upoważniona lub  
 inna (proszę okazać dokument)

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji pacjenta:

.....PESEL \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko pacjenta

Wnoszę o:  wydanie kopii/ wydruku dokumentacji medycznej,  
 wydanie wyciągu dokumentacji medycznej,  
 odpisu dokumentacji medycznej,  
 wydanie dokumentacji na nośniku elektronicznym,  
 przekazanie kopii dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej  
na adres e- mail .....,  
 udostępnienie dokumentacji w siedzibie UCMMiT do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

.....  
( całość dokumentacji/ określone elementy dokumentacji)

1) dotyczy lat (okresu czasu): od ..... do .....

2) dotyczy:

Przychodnia Medycyny Podróży, Chorób Tropikalnych i Medycyny Pracy  Zakład Diagnostyki Obrazowej  
 Izba Przyjęć  Klinika Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego  
 Klinika Chorób Zawodowych i Wewnętrznych  Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych  
 Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych  Pracownia Diagnostyki Endoskopowej  
 Inne: .....

Dokumentację odbiorę:  osobiście

proszę o przesłanie pocztą na adres: .....

za pośrednictwem upoważnionej osoby: .....

Imię i nazwisko upoważnionej osoby

.....  
PESEL lub w przypadku nie nadania numeru PESEL rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne z prawdą.

.....  
Data (dzień, miesiąc, rok), i podpis wnioskodawcy

Dokumentację wydano:  ..... Data (dzień, miesiąc, rok), podpis osoby wydającej dokumentację	Dokumentację otrzymałem:  ..... Data (dzień, miesiąc, rok), podpis osoby odbierającej dokumentację
--	---