

.....  
Imię i nazwisko

Olsztyn, dnia .....

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL lub nr dowodu tożsamości

**Dyrekcja  
Centrum Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II  
w Olsztynie**

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

Zwracam się z prośbą o wydanie w postaci kserokopii\*/ na elektronicznym nośniku danych\* dokumentacji medycznej pełnej\*/częściowej\*- należy podać zakres żądanej dokumentacji .....  
sporządzonej w Centrum Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Olsztynie i dotyczącej pacjenta ..... PESEL .....

Wnoszę o wydanie dokumentacji:

- 1) w związku z celami leczniczymi, dla zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych\*
- 2) w celach niezwiązanych z procesem leczenia i zapewnieniem ciągłości świadczeń zdrowotnych\*

Oświadczam, że odbiorę dokumentację osobiście\*/wnoszę o przestanie jej za pośrednictwem Poczty Polskiej\*, oraz oświadczam, że pokryję koszt wykonania, kopiowania ustalony w Regulaminie organizacyjnym oraz wysyłki powyższej dokumentacji.

.....  
(Podpis wnioskodawcy)

\* właściwe zakreślić

---

#### **Potwierdzenie odbioru**

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w postaci kserokopii\*/na elektronicznym nośniku danych\*, w dniu .....

.....  
(Podpis pracownika Centrum Opieki Paliatywnej w Olsztynie)

.....  
(Podpis odbierającego)

Podstawa prawna:

- Art.26-28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- art. 24 ust 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
  
- §19 Regulaminu organizacyjnego Olsztyńskiego Stowarzyszenia Hospicyjnego „Palium” w Olsztynie