

Wałbrzych, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(PESEL i nr dowodu osobistego)

.....  
(telefon kontaktowy)

Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno - Położniczy  
im. E. Biernackiego w Wałbrzychu

ul. I. Paderewskiego 10  
58 - 301 Wałbrzych

### Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Zwracam się z prośbą o udostępnienie do wglądu mojej dokumentacji medycznej sporządzonej w tutejszym Szpitalu w okresie od.....do.....w Oddziale/Poradni.....

Wgląd w dokumentację potrzebny jest mi w celu:.....  
.....

Szpital poinformuje wnioskodawcę telefonicznie o proponowanym terminie wglądu w dokumentację medyczną (nie wcześniej niż 7 dni od daty złożenia wniosku).

**Wgląd w dokumentację medyczną odbywa się wyłącznie w siedzibie Szpitala w obecności lekarza.**

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

### Potwierdzenie wglądu

Tożsamość wnioskodawcy stwierdzono na podstawie:

.....nr.....

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

.....  
(czytelny podpis pracownika  
Działu Organizacji i Statystyki Medycznej)

Potwierdzam dokonanie wglądu w dokumentację medyczną w dniu.....

.....  
(czytelny podpis pracownika  
Działu Organizacji i Statystyki Medycznej)

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

.....  
(data i podpis lekarza)