

.....  
data**Wnioskodawca**.....  
imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia).....  
adres.....  
telefon

Oświadczam, że jestem osobą upoważnioną do dostępu do dokumentacji medycznej w/w pacjenta  
(w przypadku opiekuna prawnego należy przedstawić kopię postanowienia sądu)

**Niniejszym proszę o wydanie oryginału/****wydruku/kopii/odpisu/wyciągu z dokumentacji medycznej lub o wgląd do dokumentacji medycznej**.....  
imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia pacjenta.....  
oddział.....  
rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby)

okres od ..... do.....

.....  
podpis wnioskodawcy

Dokumentację medyczną (proszę wybrać właściwą pozycję):

 odbiorę osobiście proszę przesłać listem poleconym na adres .....

BetaMed S.A. informuje, że kopię dokumentacji należy odebrać w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku.  
Po upływie tego czasu dokumenty ulegają kasacji i należy złożyć ponownie wniosek o jej udostępnienie.



**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej  
lub o wgląd\* do dokumentacji medycznej**

wydanie: 2023.02.10

strona 2/2

Wydanie oryginałów dokumentacji medycznej przez pracownika BetaMed S.A. zabezpieczającego kopię

.....  
data

.....  
nazwisko, imię pracownika

.....  
data

.....  
podpis osoby odbierającej

Zwrot oryginałów dokumentacji medycznej i potwierdzenie odbioru przez pracownika BetaMed S.A.

.....  
data

.....  
podpis osoby zwracającej oryginał

.....  
data

.....  
nazwisko, imię pracownika