



Załącznik nr 2 do Zarządzenia Dyrektora SPZOZ w Człuchowie  
z dnia 10.07.2017 r. nr 15/2017

Człuchów, dnia .....

**Wniosek o wgląd do dokumentacji medycznej znajdującej  
się w SPZOZ w Człuchowie dotyczącej:**

- Mojej osoby
- Osoby, której jestem prawnym opiekunem *(należy załączyć dokument określony w pkt I ust. 2 „Zasady udostępniania dokumentacji medycznej przez SPZOZ w Człuchowie”)*
- Posiadam upoważnienie *(w załączeniu)*

**1. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :**

Nazwisko ..... Imię ..... PESEL .....

**Przebywał:**

Oddział..... daty hospitalizacji.....

Poradnia ..... data wizyty.....

**Inne szczególne**

.....  
.....

**2. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (WNIOSKODAWCA)**

Nazwisko ..... Imię ..... PESEL .....

Adres ..... tel. ....

.....  
*(data i podpis wnioskodawcy)*

**Dokumentację do wglądu udostępniono dnia .....**

Dokument uprawniający do wglądu do dokumentacji *(zgodnie z wytycznymi określonymi w dokumencie „Zasady udostępniania dokumentacji medycznej przez SPZOZ w Człuchowie” pkt I)*

.....  
*(nazwa dokumentu, nr, seria)*

.....  
*(data i podpis osoby udostępniającej dokumentację)*

.....  
*(data i podpis osoby mającej wgląd do dokumentacji)*