



## INSTYTUT MEDYCZYNY PRACY I ZDROWIA ŚRODOWISKOWEGO

ul. Kościelna 13, 41-200 Sosnowiec  
NIP 644 001 18 44 • tel. 32 266 08 85 • fax 32 266 11 24  
e-mail: sekretariat@imp.sosnowiec.pl • www.imp.sosnowiec.pl

Formularz nr 3  
do Instrukcji udostępniania dokumentacji medycznej w IMPiZS

Sosnowiec, dnia .....

Do Dyrektora  
Instytutu Medycyny Pracy  
i Zdrowia Środowiskowego  
w Sosnowcu

### Wniosek o wgląd do dokumentacji medycznej: (należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

#### 1. Wnioskodawca: (wypełnia Pacjent, którego dotyczy dokumentacja medyczna)

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr telefonu kontaktowego:.....

Adres e-mail: (adres ten podajemy, jeśli wnioskujemy o przesłanie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej)

.....

#### 2. Dane osoby występującej z Wnioskiem: (proszę wypełnić tylko wówczas, gdy Wniosek składa osoba inna niż Pacjent, którego dotyczy dokumentacja medyczna)

Imię i nazwisko: .....

Adres

zamieszkania:.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr telefonu kontaktowego:.....

Adres e-mail (adres ten podajemy, jeśli wnioskujemy o przesłanie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej)

.....

#### 3. Wniosek składa: (właściwe wybrać i wstawić „X”)

– pacjent którego dotyczy dokumentacja medyczna       - przedstawiciel ustawowy      - osoba upoważniona przez Pacjenta (wówczas należy dołączyć do Wniosku oryginał Upoważnienia – **Formularz nr 4**)

– inna osoba występująca z Wnioskiem

#### 4. Wniosek zostanie: (zaznaczyć „X” we właściwym wierszu)

- dostarczony osobiście;

- przesłany pocztą tradycyjną za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres Instytutu:
- przesłany za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail Instytutu:  
**sekretariat@imp.sosnowiec.pl**
- przesłany na **nr fax 32 266 11 24**

**5. Dokumentacja dotyczy leczenia w :** (podać nazwę komórki organizacyjnej: np. Klinika - Oddział, Przychodnia Chorób Zawodowych, Poradnia, Gabinet, Izba Przyjęć , oraz okres za jaki dokumentacja medyczna ma być wydana)

.....  
.....

**6. Rodzaj dokumentacji medycznej:** (właściwie wybrać rodzaj dokumentacji i wstawić „X” )

- całość dokumentacji       - historia choroby       - karta informacyjna
- płyta CD z badań np. RTG       - wyniki badań       - zapisy z wizyt lekarskich
- inna dokumentacja medyczna

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

.....

8. Potwierdzam tożsamość osoby dokonującej wglądu do dokumentacji medycznej:

.....  
( imię i nazwisko)

.....  
( nazwa i nr dowodu tożsamości)

.....  
(data i podpis osoby udostępniającej dokumentację ze strony Instytutu)

.....  
(data i podpis osoby oglądającej dokumentację)