



**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**WNIOSKODAWCA:**

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Numer telefonu kontaktowego:.....

**DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :**

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Wnoszę o:

- wydanie kopii/skanu dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie podmiotu

**RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

**• ODDZIAŁ**

.....

- karta informacyjna
- historia choroby
- protokół operacyjny
- wyniki badań
- inne: .....

**• PORADNIA**

.....

- wyniki badań
- zapisy wizyt lekarskich
- inne:.....

**OKRES LECZENIA:** .....

**Wnioskowaną dokumentację :**

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- proszę wysłać mailem na adres: .....
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: .....

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....

*miejsowość, data*

.....

*podpis wnioskodawcy*

**POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: .....

Podpis pracownika: .....

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI :**

Dokumentacja :

- wysłana pocztą na wskazany adres .....
- odebrana osobiście przez pacjenta
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej
  - upoważnienie w niniejszym wniosku
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku)

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie: .....

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....

data i podpis pracownika wydającego dokumentację

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji

.....

data i podpis osoby odbierającej dokumentację