

Katowice, dnia

**Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej / wydanie zaświadczenia lekarskiego**

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

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

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu)

.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej/zaświadczenia lekarskiego (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać jakich, potwierdzenie przyjęcia do szpitala, zaświadczenie: do dodatkowego ubezpieczenia, o urodzeniu dziecka, o przebytej operacji, inne)

.....

.....

5. Wnioskuje o:

- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt 4**
- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt 4** i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu oraz kosztów przesyłki listem poleconym.
- wydanie oryginałów kart informacyjnych

6. Dokumentację wymienioną w pkt 4**:

- a) odbiorę osobiście
- b) odbierze osoba upoważniona:
- c) proszę przestać na adres jak w pkt 1

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

* wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuję o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

** niepotrzebne skreślić

Określenie dokumentacji medycznej	Ilość stron	Należność	Uwagi
Historia choroby			
Karta wypisowa			
Inne:			
Razem:			Nr kwitariusza

Wydano:

Data wydania dokumentu:

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie

..... nr

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości zł, nr paragonu z dnia.....

3. Wystawiono fakturę nr z dnia

4. Wysłano listem poleconym nr nadawczy dnia

POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI

.....

(Czytelny podpis pracownika wydającego dok.)

.....

(Czytelny podpis osoby odbierającej dok.)