



Wniosek o udostępnienie dokumentacji

.....
*miejsowość i data***Dane Wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko.....

PESEL:.....

Adres:.....

TEL.....

Dane pacjenta, którego wniosek dotyczy *(proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko.....

PESEL:.....

proszę o wydanie (właściwe zakreślić):

- całości dokumentacji medycznej,
- określonego rodzaju dokumentacji medycznej,

.....
*(określenie rodzaju dokumentacji medycznej)***pochodzącej z**.....
*(określenie miejsca i czasu pobytu w szpitalu: poradnia, oddział, pracownia)***poprzez (właściwe zakreślić)**

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie podmiotu leczniczego,
- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej,
- wydanie poświadczony za zgodność z oryginałem kopii dokumentacji medycznej,
- wydanie w innej formie.....

*(proszę określić formę np. wyciąg, odpis, wydanie oryginału,)***sposób odbioru dokumentacji: (właściwe zakreślić)**

- odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego
- odbiorę przez osobę upoważnioną w siedzibie podmiotu leczniczego
- proszę przesłać na adres e-mail
- proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, na adres podany powyżej

Oświadczam, że zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji oraz ewentualnej wysyłki. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej wnioskodawca zobowiązany jest do pokrycia kosztów sporządzonej kopii na podstawie wystawionej faktury.

.....
*Podpis wnioskodawcy***Potwierdzenie wydania i odbioru dokumentacji medycznej:**

Potwierdzam <u>wydanie</u> dokumentacji medycznej	Potwierdzam <u>odbior</u> dokumentacji medycznej
..... <i>(data i podpis osoby wydającej dokumentację)</i> <i>(data i podpis wnioskodawcy)</i>