

DANE WNIOSKODAWCY:

Nazwisko i imię:nr dokumentu tożsamości.....

Adres: /dokładny kod pocztowy, miejscowość, ewentualnie nr telefonu do kontaktu/

.....

.....

WNIOSEK

O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

PESEL:.....

Imię i nazwisko

SPOSÓB I FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI:*

- ☐ wgląd do dokumentacji w siedzibie Szpitala
- ☐ sporządzenie kserokopii
- ☐ sporządzenie odpisu, wyciągu, wydruku***
- ☐ na elektronicznym nośniku danych

FORMA PRZEKAZANIA DOKUMENTACJI:*

- ☐ Przesłanie pocztą pod adres
- ☐ Odbiór osobisty

OŚWIADCZAM, ŻE DLA PACJENTA JESTEM**

- ☐ przedstawicielem ustawowym (wpisać jakim)
- ☐ osobą upoważnioną przez pacjenta
 - upoważnienie przedkładałam w załączeniu
 - upoważnienie znajduje się w dokumentacji medycznej***

ZAKRES DOKUMENTACJI, O KTÓRĄ WNIOSKUJE WNIOSKODAWCA:

- ☐ historia choroby z pobytu w Oddziale w okresie.....
- ☐ kartoteka z Poradni..... za okres.....
- ☐ inna

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy****

Uwagi:

* Proszę zakreślić właściwe pola krzyżykiem.

**Wypełnić gdy wnioskujący nie jest pacjentem

***niewłaściwe skreślić

**** w przypadku ustnego przyjęcia wniosku podpis pracownika przyjmującego wniosek