

....., dnia.....

**Dyrektor  
Szpitala Powiatowego im. A. Sokółowskiego  
w Złotowie**

**WNIOSEK  
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko lub Nazwa podmiotu uprawnionego .....

.....

Adres zamieszkania/siedziby.....

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy<sup>1</sup>

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

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

3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w ( podać nazwę oddziału, poradni, gabinetu i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniana)

.....

4. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący – należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej ( np. historia choroby, historia zdrowia i choroby – w poradniach, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań- podać jakich, zdjęcie rentgenowskie, inne)

.....

.....

5. Wnioskuje o (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu )

Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem

Wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 w siedzibie Szpitala.

Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu ( tylko dla uprawnionych podmiotów).

6. Dokumentacja wymieniona w pkt 4 (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu.)

zostanie odebrana osobiście;

proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

<sup>1</sup> Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia organu