

....., 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 dotyczy¹

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

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

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

.....

4. Udostępnienie dokumentacji obejmuje: 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. Wniosuję 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 wymienioną w pkt 4 (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu.)

zostanie odebrana osobiście;

proszę o przesłanie przesyłką poleconą, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, „za pobraniem”:

TAK NIE)

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.

.....
(podpis wnioskodawcy)

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

Upoważnienie Pacjenta do odbioru dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/na.....PESEL.....

legitymujący/ca się dokumentem tożsamości: numer.....seria.....

upoważniam

Pana/Panią.....PESEL.....

legitymujący/ca się dokumentem tożsamości: numerseria.....

do odbioru dokumentacji medycznej
rodzaj dokumentacji medycznej

.....
Data i czytelny podpis osoby
upoważniającej do odbioru dokumentacji

.....
Data i podpis upoważnionego

.....
Data i czytelny podpis osoby w obecności której został złożony podpis

* właściwe zaznaczyć

Potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej

.....
(data wydania dokumentu)

1. Imię i nazwisko

2. Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie :

..... nr
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

3. Pobrano opłatę w wysokościzastron kopii dokumentacji medycznej,
stron wyciągu(odpisu), szt. płyt CD.

4. Wystawiono fakturę/paragaon nr..... z dnia.....

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

5. Wysłano listem poleconym (za potwierdzeniem odbioru TAK NIE)

nr nadawczy..... dnia.....

.....
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)