

WNIOSEK

o udostępnienie kserokopii, odpisu lub wyciągu dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Tel. kontaktowy:

Nr PESEL :

2. Dokumentacja dotyczy: (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta):

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL

3. Dokumentacja medyczna dotyczy leczenia w :

w oddziale szpitala

w poradni zdrowia psychicznego

4. Zakres dokumentacji (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, inna)

.....
.....
.....

5. Wnioskuje o udostępnienie:

kserokopii wymienionej w pkt. 4 dokumentacji

odpisu wymienionej w pkt. 4 dokumentacji

wyciągu w pkt. 4 dokumentacji

6. O udostępnienie dokumentacji w zakresie określonym w pkt 4 wnioskuje:

po raz pierwszy

po raz kolejny

7. Dokumentację medyczną wymienioną w punkcie 4:

odbiorę osobiście

proszę o przesłanie dokumentacji na adres wskazany we wniosku:

Przed wysłaniem dokumentacji należność wpłacam na **konto Szpitala:**

60 1160 2202 0000 0003 2445 4151.

W przypadku wybrania takiej możliwości należy się skontaktować z działem metodyczno – organizacyjnym tel. 58 56-20-600 w. 2232 lub 2308 w celu uzyskania informacji o ilości stron przygotowanej dokumentacji i wysokości należnej opłaty.

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii, wyciągu, odpisu wnioskowanej dokumentacji zgodnie z obowiązującym w Szpitalu Cennikiem.

.....
data i czytelny podpis Wnioskodawcy

8. Dokumentacja medyczna została udostępniona w zakresie:

.....

.....

.....

9. Za udostępnienie dokumentacji:

została pobrana opłata w wysokości

nie pobrano opłaty

.....
data udostępnienia dokumentacji i czytelny podpis pracownika

10. W przypadku odbioru osobistego:

.....
Data odbioru dokumentacji, zakres (ilość stron), podpis osoby odbierającej

11. W przypadku dokumentacji wysyłanej pocztą:

.....
Data wysłania, l.dz.