

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**Wnioskujący:**

☐ Pacjent ☐ Przedstawiciel ustawowy pacjenta ☐ Osoba upoważniona przez pacjenta w dokumentacji med.

Dane Wnioskującego:

Nazwisko i imięPESEL.....

Telefon:

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej

Pacjenta:.....PESEL.....

w formie: ☐ kopii ☐ wyciągu ☐ odpisu ☐ oryginału – dotyczy jedynie sytuacji wyjątkowych gdy oczekiwanie na sporządzenie kopii, wyciągu lub odpisu mogłoby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta

Dokumentacji **leczenia szpitalnego** dotyczącej hospitalizacji w okresie:

☐ Pełnej dokumentacji ☐ części historii choroby **w Oddziale**.....

Dokumentacji leczenia w Poradni:

(wpisać nazwę poradni)

☐ Pełnej dokumentacji ☐ części historii zdrowia i choroby

Badani:

Badani radiologicznych: ☐ Klisze ☐ Płyty CD

Sposób odbioru dokumentacji medycznej:

dokumentację odbiorę: ☐ osobiście ☐ za pośrednictwem osoby upoważnionej

Dokumentację proszę przestać na adres wnioskującego listem poleconym ☐

Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną:

Nazwisko i imię:

.....
Data i czytelny podpis pracownika odbierającego wniosek

.....
Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

.....
Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

Potwierdzam wydanie dokumentacji osobie upoważnionej po sprawdzeniu dowodu tożsamości ze zdjęciem

.....Data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację