**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**WNIOSKODAWCA**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………………

nr PESEL………………………………………………………………………………………………………………………………….

nr telefonu kontaktowego……………………………………………………………………………………………………..

data złożenia wniosku…………………………………………………………………………………………………………….

**TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI** (proszę podkreślić właściwe)

wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

**DANE PACJENTA KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK** (proszę o wypełnienie, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania:………………………………………………………………………………………………………………………

nr PESEL…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**DOKUMENTACJA DOTYCZY ŚWIADCZENIA UDZIELONEGO**

w oddziale/dziale/poradni................................................................................................................

w okresie (data pobytu)……………………………………………………………………………………………………………….

**RODZAJ DOKUMENTACJI** ( proszę wpisać np.; historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań

laboratoryjnych, wyniki badań rtg - klisza, płyta CD )

…........................................................................................................................................................

**SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI** (proszę podkreślić właściwe)

dokumentację odbiorę w siedzibie podmiotu leczniczego osobiście / przez osobę upoważnioną (z uwzględnieniem kosztów sporządzenia kserokopii)

dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres wnioskodawcy

(z uwzględnieniem pobrania kosztów sporządzenia kserokopii i kosztów przesyłki)

**POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU**

* Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej ( data i podpis osoby wydającej dokumentację)

………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Tożsamość osoby odbierającej dokumentacje stwierdzono na podstawie dokumentu:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Potwierdzam odbiór dokumentacji( data i podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego, osoby upoważnionej )

…...................................................................................................................................................................