

Świdwin, dnia.....

Dyrektor
WSPL SP ZOZ Świdwin

WNIOSEK

O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (dla podmiotów uprawnionych)

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko lub Nazwa podmiotu uprawnionego

.....

Adres zamieszkania/siedziby.....

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego.....

W wypadku składnia podmiotów uprawnionych prosimy wpisać NIP w miejscu nr PESEL

2. Dokumentacja medyczna dotyczy¹

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

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

3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę poradni, gabinetu i datę 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 poświadczony za zgodność z oryginałem

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

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 Przychodni oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

.....

(podpis wnioskodawcy)

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