

..... , dnia

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:;
PESEL:;
Adres zamieszkania:;
Nr tel. do kontaktu:

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko:;
Adres zamieszkania;
Nr PESEL:

2. Wniosuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w:

.....
.....

(podać nazwę oddziału, poradni i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępnia)

3. Udostępnienie dokumentacji obejmuje:

.....
(należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej np. historia choroby; karta informacyjna z leczenia na oddziale, wyniki badań)

4. Wniosuję o sporządzenie*

- kopii dokumentacji;
- wyciągu dokumentacji medycznej;
- odpisów dokumentacji medycznej

5. Udostępnienie dokumentacji jest:*

- w celu dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym;
- w innym celu niezwiązanym z dalszym leczeniem.

6. Dokumentację wymienioną w pkt. 4:*

- odbiorę osobiście;
- proszę przesłać za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres:

.....
 do odbioru dokumentacji upoważniam:

.....
(imię i nazwisko)

W przypadku kiedy wniosek jest składany po raz pierwszy w żądanym zakresie składający je ponosi opłaty, jeżeli nie, to zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ we Włodawie.

.....
(podpis Wnioskodawcy)

Wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako pacjent, przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona przez pacjenta.

* Zaznaczyć X we właściwym miejscu.