

....., dnia

.....
miejsowość

**Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego w
Janowicach Wielkich**

**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 oddziału, poradni, gabinetu i datę pobytu, 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 poświadczonej za zgodność z oryginałem
 Wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 w siedzibie Szpitala.
 Sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej.
 Sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej.
 Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu(tylko dla uprawnionych podmiotów).

6. Dokumentacja wymienioną 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 Szpitalu 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
Strona 1 z 2

Wydano:

.....
(data wydania dokumentu)

1. Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie :

..... nr
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokościzastron dokumentacji
medycznej.

3. Wystawiono fakturę nr.....z dnia.....

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

4. Wysłano listem poleconym nr nadawczy

Dnia

.....