WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
złożony w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Lesznie

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: |.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....| Nr telefonu kontaktowego: .....

Adres zamieszkania: .....

Rodzaj i numer dokumentu tożsamości: .....

Wnioskujący działa: ☐ w imieniu własnym ☐ jako przedstawiciel ustawowy ☐ jako osoba upoważniona
(właściwe zaznaczyć ☒):

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent):*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: |.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|

Wnioskuję o: ☐ wydanie kopii dokumentacji medycznej ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
(właściwe zaznaczyć ☒):

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni: .....
- okres leczenia: .....

Wnioskowaną dokumentację *(właściwe zaznaczyć ☒):*

☐ odbiorę osobiście
☐ proszę wysłać na adres wnioskującego
☐ proszę przesłać na adres pacjenta
☐ odbierze osoba upoważniona:
- imię i nazwisko: .....
- numer dowodu osobistego: .....

Oświadczam, iż zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej płatnej przy odbiorze zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

....
miejscowość, data podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie wpływu wniosku:

Data: ..... Uzgodniony termin udostępnienia: .....

Podpis pracownika: ... .

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI:

Dokumentację udostępniono dnia .....
W przypadku sporządzenia kopii podać numery kopiowanych stron: od ..... do .....
Naliczono opłatę w wysokości .....

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie *(rodzaj i numer dokumentu):*

.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację