………………….., dnia……………

miejscowość data

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

I. **DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię, Nazwisko** |  | | **Działając jako**  - zakreśl x | | □ rodzic  □ opiekun prawny  □ pacjent  □ osoba upoważniona | | |
| **Nr telefonu** |  | |
| **Adres zamieszkania** | | | | | | | |
| **Ulica** |  | **Nr domu** | |  | | **Nr**  **mieszkania** |  |
| **Kod pocztowy** |  | **Miejscowość** | |  | | | |

**II. DANE OSOBOWE PACJENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię, Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |

**III. DOTYCZY UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ( właściwe zakreślić x)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Z leczenia**  **w Oddziale:**  (Historia choroby) | Nazwa Oddziału:   * ………………………………… * ………………………………… * ………………………………… * ………………………………… * ………………………………… * ………………………………… | W okresie od – do:   * ……………………. * ……………………. * ……………………. * ……………………. * ……………………. * ……………………. | □ karta informacyjna z leczenia  szpitalnego  □ wpisy lekarskie z przebiegu leczenia  □ protokoły zabiegów  □ wyniki badań (jakie ) ………………..  ………………………………………….…  □ inne (jakie) ………………….…….…  …………………………………….……… |
| **Z leczenia**  **w Poradni:** | Nazwa Poradni:   * ………………………………… * ………………………………… * ………………………………… * ………………………………… * ………………………………… * ………………………………… | W okresie od – do:   * ……………………. * ……………………. * ……………………. * ……………………. * ……………………. * ……………………. | □ wpisy lekarskie  □ wyniki badań (jakie)………………….  ……………………………………….……  □ inne (jakie) ……………………..……  ……………………………….…………… |
| **Pozostałe** | □ RTG  □ Karta zabiegów fizjoterapeutycznych  □ Inne (jakie) ……………………………………………………………………………………………………………………. | | |

**IV FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ( właściwe zakreślić x )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ Kopia  □ Zapis CD ( badania obrazowe) | □ do wglądu  □ inna ( wykonanie zdjęć, odpis, wyciąg) | |
| **Wnioskuję o taką dokumentację** | **po raz pierwszy** □ | **po raz kolejny** □ |

**V SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

|  |
| --- |
| □ osobiście  □ upoważniam do odbioru ( imię, nazwisko)……………………………………………………………………………………………………………………….  rodzaj, seria, nr dowodu tożsamości ………………………………………………………………………………………………………………...................  □ przesłać Pocztą Polską S.A. na adres………………………........................................................................................................................................  .………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

**Oświadczam, że:**

* **jestem osobą uprawnioną do otrzymania ww. dokumentacji medycznej,**
* **zapoznałam/em się z cennikiem udostępniania dokumentacji medycznej (jeśli dotyczy) oraz cennikiem wysyłania dokumentacji (jeśli dotyczy) i zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych w całości.**

**……………………………………………………..**

**Czytelny podpis osoby składającej wniosek**

**…………………………………………………………..**

**Data i podpis osoby odbierającej dokumentację**