………………….., 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**