**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH W SUCHOWOLI**

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Suchowola, dnia..........................

**1. WNIOSKODAWCA:**

Imię i nazwisko/Nazwa instytucji ....................................................................................................................................................

PESEL/NIP: ...............................................................................................................................

Adres:..........................................................................................................................................

tel:...............................................................................................................................................

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

* do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
* wydanie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem
* wydanie wyciągu
* wydanie odpisu
* wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu

do celów .....................................................................................................................................

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

**DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:**

Imię i nazwisko ....................................................................... PESEL: .....................................

Adres............................................................................................. : ...........................................

1. **TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI:**
* wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
* wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
* wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta
* wniosek składa instytucja upoważniona
1. **DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA:** *(proszę podać nazwę oraz okres leczenia)* .................................................................................................................w okresie........................ ........................................................................................................................................................

**4. RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

 *(np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań - podać jakich, inna).*

....................................................................................................................................................

**5.** **SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:**

□ dokumentację odbiorę osobiście)/ przez osobę upoważnioną\*) w siedzibie podmiotu leczniczego

□ dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres), za pobraniem\*) (*obejmującym koszt sporządzenia kopii i koszty przesyłki wg. stawek Poczty Polskiej.)*

**6. OŚWIADCZENIE:**

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem na odwrocie niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.......................................................................... ..........................................................................

(data i podpis osoby przyjmującej wniosek) (data i podpis wnioskodawcy)

**7. POTWIERDZENIE WYDANIA WNIOSKU**

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.......................................................................... ............................................................

(data i podpis osoby wydającej dokumentację) (data i podpis wnioskodawcy)