

Tarnobrzeg, dnia

**Wniosek
o wydanie kopii (wyciągu, odpisu) dokumentacji medycznej**

Do*

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy**

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Dokumentacja dotyczy leczenia/diagnostyki w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu/badania)

.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać jakich, inna)

.....

5. Wnoszę o wydanie kserokopii (wyciągu lub odpisu) dokumentacji medycznej określonej w pkt 4 w celu:

dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym,

niezwiązanym z dalszym leczeniem.

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu Wojewódzkim w Tarnobrzegu.

6. Dokumentację medyczną wymienioną w pkt 4***:

a) odbiorę osobiście;

b) odbierze osoba przeze mnie upoważniona.

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie udostępnienia

1. Tożsamość osoby odbierającej kopię (wyciąg, odpis) dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

..... nr

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Ilość stron

3. Wniesiono opłatę (gotówką/przelewem)*** w wysokości

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....
(data, podpis i pieczęć pracownika wydającego)

* - wpisać : „Dział Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych”, „Dział Konsultacyjno – Leczniczy”, „Oddział (nazwa oddziału)”, „Zakład (nazwa zakładu)”, „Pracownia (nazwa pracowni)”

** - wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

*** - niepotrzebne skreślić