

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Telefon

(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

pacjent, którego dokumentacja dotyczy

przedstawiciel ustawowy

osoba upoważniona przez pacjenta

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: **(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)**

do wglądu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych

wydanie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem

wydanie wyciągu

wydanie odpisu

wydanie wydruku

wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu

za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

na informatycznym nośniku danych

2. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA

(proszę podać nazwę jednostki/komórki organizacyjnej SPZZOZ w Zwoleniu i okres leczenia)

.....

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

dokumentację odbiorę osobiście

przez osobę upoważnioną

inne:

5. OŚWIADCZENIE

*Oświadczam, że zapoznałem/am się z Procedurą udostępniania dokumentacji medycznej w SPZZOZ w Zwoleniu oraz zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za jej wykonanie w wysokości określonej przez SPZZOZ w Zwoleniu.**

.....
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
data i podpis wnioskodawcy

6. POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
data i podpis osoby wydającej wniosek

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

* Nie pobiera się opłaty w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej:

1) po raz pierwszy w żądanym zakresie w postaci wyciągu, odpisu, kopii, wydruku lub na informatycznym nośniku danych,

2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.