**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NR………………../2023**

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………….……………………………...…….

PESEL: …………………………………………………………….………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………….……………………………………………………………………..…..

Numer telefonu kontaktowego: ………………………………………….……………………………………..……………………

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: ………………………………………………….……………………………………………………….………………….

PESEL: ……………………………………………………………………………………………………………………..….………………….

**Wnioskuję o:**

* **wydanie kopii dokumentacji medycznej**
* **udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**

dotyczącej okresu leczenia: ………………………………………………………………………………………………..………

Wnioskowaną dokumentację:

* odbiorę osobiście
* proszę wysłać na adres: ……………………………………….………………………..……………..………………………
* odbierze osoba upoważniona:
	+ imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………..………………
	+ numer dowodu osobistego: ……………………………………………………………………………………..

*Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz kosztów przesyłki pocztowej.*

…………………...................... ……..……………………………..

 miejscowość, data podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: …………………………………………………

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: …………………………………………………

Podpis pracownika: ………………………………..

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

* wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: ……………………………………………………………...………..
* odebrana osobiście przez pacjenta,
* odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
	+ upoważnienie w dokumentacji medycznej,
	+ upoważnienie w niniejszym wniosku,
	+ odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: ………………………………………………………………………..………………………………..

 ……………………………………………….……………………………..

 data i podpis pracownika wydającego dokumentację

**POTWIERDZENIE ODBIORU**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

………………………………………………………………………………..

data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

*(rodzaj i numer dokumentu)*

……………………………………………………………………………………………….……………….………………..

…………………………………………………………………..………..

*data i podpis pracownika wydającego dokumentację*