NZOZ Lecznica Dzieci i Dorosłych Szpital im. I. Mościckiego sp. z o.o. ISO 9001:2015-10 certyfikat „Szpital bez bólu”	Obowiązuje od 19.05.2025r.	F 06-Rej.

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko: …….

PESEL: ……

Adres zamieszkania: …….

Numer telefonu kontaktowego: ……

Dane osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji:
(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko: …….…… nr dowodu tożsamości: ……

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- ☐ **do wglądu w miejscu udzielania świadczeń**
- ☐ **kopia**
- ☐ **odpis**
- ☐ **wydruk**
- ☐ **na elektronicznym nośniku danych**
- ☐ **drogą elektroniczną na adres e-mail:** …….

Rodzaj i zakres dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni: …….....
- okres leczenia: ……

Wnioskowaną dokumentację:

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ proszę wysłać na adres: ……
- ☐ odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: …….
  - numer dowodu tożsamości: …….

Oświadczam, że o daną dokumentację medyczną wnioskuję:

- ☐ pierwszy raz
- ☐ kolejny raz

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami i cennikiem opłat.

……. …….
miejscowość, data podpis wnioskodawcy

Data wpływu wniosku: ……

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

Podpis pracownika: …….

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- ☐ wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: ……..
- ☐ wysłana pocztą elektroniczną na wskazany adres w dniu: ……..
- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta w dniu …….
- ☐ odebrana w dniu …….. 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