

Szpital Nowowiejski
ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1) Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Nr PESEL:

Numer telefonu kontaktowego:

2) Dane osobowe pacjenta, którego dotyczy wniosek (jeżeli wnioskodawcą nie jest pacjent):

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Nr PESEL:

3) Zakres wnioskowanej dokumentacji:

Poradnia za okres

Oddział za okres

4) Wnioskuje o:

a) wydanie:

kserokopii dokumentacji medycznej

odpisu dokumentacji medycznej

wyciągu z dokumentacji medycznej

b) wgląd do dokumentacji medycznej

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii/ odpisu/ wyciągu zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu.

5) Dokumentację:

Odbiorę osobiście

Jednorazowo upoważniam do odbioru kserokopii*, odpisu*, wyciągu* dokumentacji:

.....

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....

(nr i seria dokumentu tożsamości oraz PESEL upoważnionego)

Zobowiązuje się, powiadomić osobę odbierającą o konieczności pokrycia kosztów wykonania kserokopii*, odpisu*, wyciągu* dokumentacji medycznej.

Proszę przesłać na adres jak w punkcie nr 1. Należność ureguluję za zaliczeniem pocztowym; Jednocześnie oświadczam, iż wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji medycznej nie będzie obciążało Szpitala Nowowiejskiego.

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

.....
(podpis pracownika Szpitala potwierdzający tożsamość
wnioskodawcy, w przypadku upoważnienia do odbioru innej osoby)

Decyzja Dyrektora
(uzasadnienie w przypadku odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej)

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

WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

1) Potwierdzam odbiór kserokopii/odpisu/wyciągu/ dokumentacji medycznej*:

..... (data) (imię i nazwisko odbierającego) (nr dokumentu tożsamości odbierającego)
.....
(podpis odbierającego dokumentację medyczną)

2) Pobrano opłatę w wysokości: zł; KP

3) Opłacono przelewem na konto bankowe:
PKO BP S.A. nr 10 1440 1101 0000 0000 1351 8254.

4) Wysłano listem poleconym:

..... (nr nadawczy) (dnia)
.....
(podpis pracownika wydającego dokumentację medyczną)

*wybrać właściwe