

Wnioskodawca:

Imię i nazwisko.....

Upoważniony: tak nie

Adres

Tel. kontaktowy.....

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

Nr Pesel

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. M. Kopernika:

.....
(podać nazwę oddziału, poradni, gabinetu i datę pobytu lub okres za jaki ma być udostępniona)

obejmującej.....
(historie choroby, historii zdrowia i choroby, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, wyniki badań-podać jakich badań)

poprzez:

- sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej poświadczonej za zgodność z oryginałem
- wglądu do dokumentacji medycznej w siedzibie szpitala
- sporządzenie wyciągów z dokumentacji medycznej
- sporządzenie odpisów z dokumentacji medycznej
- wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu – tylko upoważnione podmioty

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres podany powyżej

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzenia ksero i kosztów przesłania dokumentacji.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)