

Wnioskodawca:  
Imię i nazwisko.....  
Upoważniony:      tak               nie   
Adres .....

Tel. kontaktowy.....

Dyrektor  
Specjalistycznego Szpitala Miejskiego  
w Toruniu

**Wniosek**  
**o udostępnienie dokumentacji medycznej w trakcie hospitalizacji lub leczenia**

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 )

.....  
( data, podpis i pieczęć Dyrektora  
lub Zastępcy Dyrektora )

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem.

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

SSM-A-123