**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ nr……………/2024**

**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**

**Rodzaj dokumentacji medycznej:**

* + nazwa oddziału / poradni / pracowni: ……………………………………………...……………………......
  + okres leczenia: …………………………………………………………………………………………………………….

**Wnioskowaną dokumentację**:

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

.

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

miejscowość, data podpis wnioskodawcy

**POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: …………………………………………………

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