

Włocławek, dnia.....

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
we Włocławku

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

Numer telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu), numer historii choroby

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań - podać jakie).....

5. Wnioskuje o:

a) wydanie kopii/wyciągu/odpisu** dokumentacji medycznej określonej w pkt 4 i zobowiązuje się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku, **

b) wglądu do dokumentacji medycznej określonej w pkt 4.**

6. Dokumentację wymienioną w pkt. 4**:

a) odbiorę osobiście;

b) proszę przesać na adres jak w pkt. 1;

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* - wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

** - niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę na wydanie kserokopii mojej dokumentacji medycznej (dotyczy pacjenta, który ukończył 16 lat a nie jest wnioskodawcą)

.....
(czytelny podpis pacjenta)

Osoba wnioskująca ma prawo/nie ma prawa* do uzyskania wskazanej dokumentacji.

.....
(podpis Archiwisty)

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie
.....Nr

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokościzł, nr paragonu z dnia..... *

3. Wystawiono fakturę nr z dnia *

4. Wysłano listem poleconym dnia*

.....
(data i czytelny podpis pracownika wydającego/
wysyłającego dokumentację)

*niepotrzebne skreślić