

Dyrektor
SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego
im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku
ul. M. Curie-Skłodowskiej 26
15-950 Białystok

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta wnioskującego o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji medycznej, o ile jest to inna osoba niż pacjent:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Wnioskuję o:

☐ wydanie kopii/odpisu/wyciągu/wydruku dokumentacji medycznej*

☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

☐ odbiorę osobiście

☐ proszę wysłać pocztą

☐ odbierze osoba upoważniona:

– Imię i nazwisko:

– Data urodzenia:

Oświadczam, iż:

- 1) w sytuacjach określonych w przepisach prawa zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, na zasadach i w wysokości określonej w cenniku obowiązującym w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku,
- 2) w przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, wyrażam zgodę na przesłanie jej na podany adres zamieszkiwania i zobowiązuję się do pokrycia kosztów zgodnie z pkt 1).

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

*właściwe podkreślić

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- ☐ wysłana pocztą na wskazany adres,
- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta,
- ☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

dowodu osobistego/paszportu/prawa jazdy/innego dokumentu*

.....

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

*właściwe podkreślić