Dyrektor

SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego

im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku

ul. M. Curie-Skłodowskiej 26

15-950 Białystok

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**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/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:……………………………………………………………………….
	+ numer PESEL:………………………………………………………….

**Oświadczam, iż:**

1. zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku,
2. pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),
3. w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej.

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

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