

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:

Wnioskuje 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