**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………….…………….

PESEL: …………………………………………………………….…………………………………………………

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 kserokopii dokumentacji medycznej**
* **udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**

Rodzaj dokumentacji medycznej:

* + oddział/dział

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * poradnia rehabilitacyjna | * oddział rehabilitacyjny | * fizjoterapia ambulatoryjna |

* + okres leczenia: …………………………………………………………………………………………………

Wnioskowaną dokumentację:

* odbiorę osobiście
* proszę wysłać na adres: ……………………………………….………………..………………………..
* odbierze osoba upoważniona:
  + imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………….
  + Pesel lub data urodzenia: …………………………………………………………………….

Oświadczam, iż:

* + 1. zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym w Górowie Iławeckim,
    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 sporządzonej kopii.

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

miejscowość, data podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: …………………………………………………

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: ………………………………………

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