

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 zobowiązuję 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 przesłać na adres jak w pkt. 1;

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

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

.....
(czytelny podpis pacjenta)

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

** - niepotrzebne skreślić

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

.....
(podpis Archiwisty)

Zgoda/Brak zgody *

.....
(podpis Dyrektora, Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa lub
Kierownika Działu Organizacji i Rozliczeń)

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*

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

4. Wysłano listem poleconym nr nadawczy dnia*

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

*niepotrzebne skreślić