

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Szpitala Powiatowego i Poradni Specjalistycznych SP ZOZ Lesko

**DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ**

Imię i nazwisko		Stopień pokrewieństwa	
Rodzaj dowodu tożsamości	Nazwa: ..... nr: ..... <i>(dowód osobisty, prawo jazdy, paszport)</i>	Nr telefonu	

**DANE OSOBOWE PACJENTA** (którego dotyczy wniosek o udostępnienie dokumentacji)

Imię i nazwisko		PESEL	
Adres zamieszkania	<i>(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu / mieszkania, telefon)</i>		

**TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI** (właściwą rubrykę zakreślić „X”)

- Wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- Wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta
- Wnioskodawca, inna podstawa prawna .....

**PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

<b>W celu</b>			
<b>Nazwa Poradni, Oddziału</b> której dokumentacja medyczna dotyczy			
<b>Zakres</b> podać dzień – miesiąc – rok	od		do
<b>Inne</b> podać jeśli dotyczy			

**PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI W NASTĘPUJĄCEJ FORMIE**

<b>Kopi</b> potwierdzonej za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że zapoznałam/em się z obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Lesku <b>CENNIKIEM UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI*</b> , akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych ze sporządzeniem kopii/ odpisu/ wyciągu dokumentacji medycznej.
<b>Odpisu</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>Wyciągu</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>Inne</b> .....	<input type="checkbox"/>	
<b>Do wglądu</b>	<input type="checkbox"/>	Termin do wglądu dokumentacji medycznej należy wcześniej ustalić <i>(dzień – miesiąc – rok):</i> .....

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI**

Upoważniam do odbioru <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b> <input type="checkbox"/> <i>(właściwe zakreślić)</i>	<b>Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej</b> Panią/Pana: ..... Legitymującym się ..... seria, nr ..... <i>(dowód osobisty, prawo jazdy, paszport)</i>
---	---

**POTWIERDZENIE ODBIORU**

Uzgodniony termin odbioru udostępnienia do wglądu: .....  
*(dzień – miesiąc – rok)*

.....  
*Podpis pracownika SP ZOZ Lesko* *Czytelny podpis osoby składającej wniosek*

**UWAGA !!! Wniosek należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami**