

**Wniosek  
o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej**

nr ...../.....r.

**1. Wnioskodawca:**

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL lub data urodzenia

**2. Dokumentacja dotyczy:**

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL lub data urodzenia

Nr telefonu kontaktowego .....

**3. Dokumentacja dotyczy leczenia w okresie (podać rok udzielenia świadczenia) ...../.....**

(zaznaczyć znak X we właściwej rubryce)

Dokumentacja z poradni .....  Dokumentacja z oddziału.....

**4. Rodzaj dokumentacji medycznej**

Historia choroby  Karta informacyjna  Opis badania RTG/TK

Płytki CD  Wypożyczenie oryginału zdjęcia RTG/TK  wyniki badań laboratoryjnych

Inne: .....

**5. Wnioskuje:**

- o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt 4  
 o wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt 4  
 o wysłanie na adres wskazany w pkt 1.

i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym cennikiem, ustalonym na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

**6. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji określonej w pkt 4 zobowiązuje się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii oraz kosztów przesyłki udostępnianej dokumentacji łącznie**

z ceną znaczka pocztowego (cena uzależniona jest od wagi przesyłki). Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez mojego podpisu.

**7. Dokumentacje wymienioną w pkt 4 odbiorę:**

osobiście  proszę przesłać na adres określony w pkt.1

Biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo przesyłanej mi dokumentacji medycznej listem poleconym.

.....  
Miejscowość, data/ podpis wydającego

.....  
Podpis wnioskodawcy/odbierającego