



WNIOSEK
o udostępnienie dokumentacji medycznej
nr/.....r.

Pan Dyrektor
107 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ
w Wałczu

1. Wnioskodawca :

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

.....

Nr PESEL -----

Nr telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

.....

Nr PESEL -----

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu):

.....

4. Do jakich celów udostępniana jest dokumentacja medyczna

5. Rodzaj dokumentacji medycznej (zaznacz znak „x” we właściwej rubryce):

Historia choroby Karta Informacyjna Płyta CD z badaniem radiologicznym

wypożyczenie innego oryginału

6. Wnioskuje (zaznacz znak „x” we właściwej rubryce):

o udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5

o wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5

i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji zgodnej z obowiązującym cennikiem, ustalonym na podstawie art. 28.1 ust. 1-3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Z dnia 31 marca 2009 r.).

7. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5 zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.

8. Dokumentację wymienioną w pkt. 5

odbiore osobiście;

proszę przesłać na adres określony w pkt.1

.....

(czytelny podpis)