**Załącznik nr 2**

**Do Procedury**

**Udostępniania Dokumentacji Medycznej**

**na wniosek uprawnionego organu lub podmiotu.**

**WNIOSEK O UDOSTEPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

…………………………………………………………………

*(miejscowość i data)*

Wnioskodawca\*:

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

Adres zamieszkania: .............................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr PESEL

Nr telefonu kontaktowego: ....................................................................................................................................

2. Dokumentacja medyczna dotyczy\* pacjenta:

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

Adres zamieszkania: .............................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr PESEL

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (należy podać nazwę poradni/oddziału i datę wizyty) ..............................................

............................................................................................................................................................................

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. Karta choroby, wyniki badań, modele – podać jakie, inna) .....................

............................................................................................................................................................................

5. Wnioskuję o:

1) wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt 4.: ❑

2) wydanie:

a) kopii (kserokopia bez potwierdzenia zgodności z oryginałem) ***- zł brutto za jedną stronę*** ❑

***b)*** odpisu/wypisu (pełen tekst dokumentu z potwierdzeniem zgodności z oryginałem) -  ***zł brutto za jedną stronę*** ❑

***c)*** wyciągu (fragment tekstu dokumentu z potwierdzeniem zgodności z oryginałem) -  ***zł brutto za jedną stronę*** ❑

***d)*** na elektronicznym nośniku danych -  ***zł brutto za płytę CD*** ❑

***e)*** zdjęcia rtg na kliszy -  ***zł brutto za kliszę*** ❑

f) modelu diagnostycznego, wycisku -  ***zł brutto*** ❑

dokumentacji medycznej określonej w pkt 4. i zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzenia ww. formy dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu oraz w przypadku wysyłki także kosztów przesyłki (za pobraniem).

6. Dokumentację wymienioną w pkt 4.:

a) odbiorę osobiście ❑

b) proszę przesłać na adres jak w pkt 1. ❑

……………………………………………………

*(czytelny podpis wnioskodawcy)*

*……………………………………………………………………………*

*(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)*

**\*** w przypadku posiadania innego dowodu tożsamości, podać rodzaj i numer dowodu tożsamości