Do Dyrektora
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej Nr 1
w Rzeszowie

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE)

WNIOSKODAWCA:
Imię i nazwisko..... PESEL.....

Adres.....tel. .....

Poniższe dane proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

DANE PACJENTA, którego jestem przedstawicielem ustawowym/osobą bliską – dot. przypadków udostępnienia dok. med. po śmierci pacjenta/posiadam upoważnienie wystawione przez pacjenta*

Imię i nazwisko..... PESEL.....

Adres.....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

☐ wydanie kserokopii

☐ do wglądu

☐ wydanie wyciągu/wydruku*

☐ wydanie odpisu

☐ na informatycznym nośniku danych – płyta CD/DVD

DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: **Proszę podać nazwę jednostki i komórki organizacyjnej oraz okres leczenia**

….....

w okresie.....

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym cennikiem.

....
data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek** data i czytelny podpis wnioskodawcy

Dyrektor SP ZOZ Nr 1 w Rzeszowie lub osoba przez niego upoważniona akceptuje wniosek:

Rzeszów, dnia.....
data i podpis

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

…… ……
data i podpis osoby wydającej dokumentację data i czytelny podpis wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez pacjenta do odbioru/wglądu do dokumentacji

***) niepotrzebne skreślić**
****) wypełnić w przypadku wniosku złożonego w formie ustnej**