

Ostrów Wielkopolski, dnia.....

**Dyrektor
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Ostrowie Wielkopolskim**

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca działając*:

- w imieniu własnym
- jako przedstawiciel ustawowy
- jako osoba upoważniona

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

Numer telefonu kontaktowego.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy**

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

Numer telefonu kontaktowego.....

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

.....

.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań - podać jakich, inna).....
.....

5. Wnioskuje o :

-wgląd do dokumentacji medycznej w pkt 4***

-wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt 4***i zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim

-wydanie oryginału dokumentacji medycznej określonej w pkt 4***

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Wniosek spełnia / nie spełnia warunki formalne

.....
podpis pracownika merytorycznego
(Archiwum Medyczne)

Decyzja o udostępnieniu dokumentacji: pozytywna / negatywna

.....
data, podpis Dyrektora

.....
(data, czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(podpis pracownika wydającego dokumentację)

W przypadku gdy o kserokopię dokumentacji medycznej pacjenta zwraca się osoba nieupoważniona w dokumentacji medycznej jest ona zobowiązana przedstawić pisemne upoważnienie od pacjenta, które należy dołączyć do podania.

* -zaznaczyć właściwe

** -wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

*** -niepotrzebne skreślić