**Data: …………………….**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji medycznej**

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Nr telefonu kontaktowego

Adres e-mail ………………………………………………………….

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i Nazwisko

PESEL

**Wnioskuję o:**

1. udostępnienie dokumentacji medycznej:

kserokopii historii choroby Poradni Przyszpitalnej

kserokopii historii choroby Pracowni Hiperbarii Tlenowej

kserokopii historii choroby – leczenie szpitalne

dokumentacja fotograficzna – zdjęcia wykonywane w trakcie hospitalizacji

dokumentacja diagnostyczna – zdjęcia RTG i TK

do wglądu w siedzibie Centrum Leczenia Oparzeń

* okres leczenia (zakres dat, lub początek hospitalizacji): ……………………………………..

**Wnioskowaną dokumentację:**

odbiorę osobiście

proszę przesłać na wskazany adres zamieszkania

proszę przesłać na wskazany adres e-mail

odbierze osoba upoważniona:

* imię i nazwisko
* nr dowodu osobistego

**Odbieram pierwszy raz (** kserokopia wydawana nieodpłatnie).

**Odbieram po raz kolejny.**

**Oświadczam, że:**

1. zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii wnioskowanej dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem;
2. w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania wnioskowanej dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej dokumentacji.

***(****Podpis osoby wnioskującej)*

Uzgodniony termin odbioru/wysyłki/udostępnienia do wglądu………………………………………..

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

* Została wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:………………………………….
* Odebrana osobiście przez pacjenta
* Odebrana przez osobę upoważnioną

*(upoważnienie w : dokumentacji medycznej/w niniejszym wniosku/odrębne pisemne upoważnienie)*

**Naliczono opłaty w wysokości**: …………………………………………………………………….

………………………………………………………………………….

*(Data i podpis pracownika wydającego dokumentację)*

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji:

………………………………………………………………………………..

*(Data i podpis osoby odbierającej dokumentację)*

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

*(rodzaj i numer dokumentu):*

……………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………….

*(Data i podpis pracownika wydającego dokumentację)*