**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)*