

Żary, dnia.....

**Dyrektor**  
**105 Szpitala Wojskowego z Przychodnią**  
**SP ZOZ w Żarach**

### WNIOSEK

#### O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (dla podmiotów uprawnionych)

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko lub Nazwa podmiotu uprawnionego .....

Adres zamieszkania/siedziby.....

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego.....

W wypadku składowania podmiotów uprawnionych prosimy wpisać NIP w miejscu nr PESEL

2. Dokumentacja medyczna dotyczy<sup>1</sup>

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

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

3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w ( podać nazwę oddziału, poradni, gabinetu i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniana)

4. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący – należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej ( np. historia choroby, historia zdrowia i choroby – w poradniach, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań- podać jakich, zdjęcie rentgenowskie, inne)

5. Wnioskuje o ( zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu )

Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem

Wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 w siedzibie Szpitala.

Sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej.

Sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej.

Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu( tylko dla uprawnionych podmiotów).

6. Dokumentacja wymieniona w pkt 4 ( zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu. )

zostanie odebrana osobiście;

proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

.....  
( podpis wnioskodawcy)

<sup>1</sup> Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia organu

Wydano:

.....  
( data wydania dokumentu)

1. Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie :

.....nr .....  
( podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości .....za .....stron dokumentacji  
medycznej.

3. Wystawiono fakturę nr.....z dnia.....

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

4. Wysłano listem poleconym nr nadawczy..... dnia.....

.....  
( czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)