

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
Imię i Nazwisko pacjenta

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Olsztynie

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci
oryginału/odpisu/kopii/wyciągu* historii choroby z mojego leczenia w :

- Poradni Specjalistycznej
(nazwa)
- Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej
- Pracowni Diagnostycznej
(nazwa)
- Rehabilitacji
- Klinice/ Oddziale Kliniknym / Oddziale
(nazwa)
- Izbie Przyjęć
- Inne
(Podać jakie)

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, proszę o wystawienie:

- Paragonu
- Faktury
(dane do faktury)

Olsztyn, dnia

.....
Czytelny podpis

* niewłaściwe skreślić

Oplaty nie pobiera się:

- od organów rentowych w sprawach świadczeń z ubezpieczeń społecznych,
- w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Wypełnia upoważniony pracownik

Na podstawie potwierdzono dane personalne pacjenta.

/Nr i seria dowodu tożsamości/

Olsztyn, dnia

.....

Czytelny podpis pracownika

Poświadczenie przekazania dokumentacji medycznej

Dokumentację medyczną w formie kopii / odpisu / wyciągu / **oryginału*** wskazaną we wniosku, przekazano/ wysłano* :

.....
.....

(Dane osoby odbierającej dokumenty, lub adres na jaki wysłano dokumentację)

.....
Data i podpis upoważnionego
Pracownika

Otrzymałem dokumentację medyczną w formie kopii / odpisu / wyciągu.

.....
Data i czytelny podpis

Otrzymałem oryginał dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do jej zwrotu po wykorzystaniu.

.....
Data i czytelny podpis

* niewłaściwe skreślić