

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁOPIEKI ZDROWOTNEJ
w Gostyniu Pl. K. Marcinkowskiego 8/9 63-800 Gostyń**

PW. 35

**Zasady udostępniania i przechowywania dokumentacji
medycznej .**

Wydanie 2

Załącznik nr 2 do procedury Nr 35

Data wydania 27.01.2016r

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Gostyń ,dnia

Wnioskodawca :

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania Nr dowodu osobistego

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej :

- wydanie: kserokopii, wyciągu, odpisu / właściwe podkreślić /
 udostępnienie do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
 wydanie wyników badania -diagnostyka obrazowa / RTG, CT / właściwe podkreślić/
- płyta CD z badaniem RTG
- płyta CD z badaniem CT
- klisza RTG

Proszę wypełnić tylko wówczas gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent którego dotyczy dokumentacja

Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek

Imię i Nazwisko : PESEL.....

Adres zamieszkania :

- Wniosek składa pacjent , którego dotyczy dokumentacja
 Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
 Wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta

Dokumentacja dotyczy leczenia :

- Szpital nazwa oddziału.....w okresie
- Izba Przyjęć w okresie
- POZ NiŚ w okresie
- Poradnia nazwa Poradni..... w okresie
- Badanie ambulatoryjne / RTG lub CT / wykonane w okresie
- /data badania /

Sposób odbioru dokumentacji:

/właściwe podkreślić/

- odbiór osobisty
- przesłanie za zaliczeniem pocztowym na adres wnioskodawcy
(dodatkowa opłata)

Potwierdzenie przyjęcia wniosku

Wnioskodawca

.....
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
data i podpis wnioskodawcy

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
Data i podpis osoby wydającej dok. med.

.....
Data i podpis wnioskodawcy