**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI

1. **Dane wnioskodawcy**

Imię i Nazwisko………………………………………….PESEL………………………….

Adres…………………………………………………………..tel. …………………………

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej mojego leczenia/leczenia innej osoby1: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

* do wglądu w siedzibie IMW im. Witolda Chodźki
* wydanie kopii/wydruku,
* wydanie odpisu/wyciągu
* wydanie informatycznego nośnik danych (płyta CD)

1. **Dane pacjenta** (wypełnić jeżeli dokumentacja nie dotyczy wnioskodawcy)

Imię i Nazwisko………………………………………….PESEL………………………….

Adres………………………………………………………………………………………...

1. **Dokumentacja** **medyczna** dotyczy leczenia (Klinika/ Poradnia/ Komórka Organizacyjna; okres leczenia):………………………………………………………………………………….
2. **Sposób odbioru dokumentacji** (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce):

* dokumentacje odbiorę osobiście/przez osobę upoważnioną1 w siedzibie IMW im. W. Chodźki
* dokumentacje proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt 1, za pobraniem2 (obejmującym koszt sporządzania kopii i koszty przesyłki według stawek Poczty Polskiej)
* dokumentację proszę przesłać elektronicznie na adres e-mail …………………………..…

1 niepotrzebne skreślić

2 Zobowiązuje się do pokrycia kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysyłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

……..……………………………………

(data i podpis wnioskodawcy)

**Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej**

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………….. | ……………………………………….. |
| (data i podpis osoby wydającej dokumentację) | (data i podpis osoby odbierającej dokumentację) |