

.....
(Imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(Adres zamieszkania)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego.....

**Do Kierownika Niepublicznego Specjalistycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej GOMED- OSTROWIEC Spółka z o.o. Sp. k.
Ul. Polna 9f
27-400 Ostrowiec Św.**

WNIOSEK O UDOŚTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dokumentacja medyczna dotyczy¹
Imię i Nazwisko.....
Adres zamieszkania.....
Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę oddziału, poradni, i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniana)
.....
3. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący – należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, historia zdrowia i choroby – w poradniach, karta informacyjna z leczenia na oddziale, wyniki badań- podać jakich, inne)
.....
.....
4. Wnioskuje o (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu)
 sporządzenie kserokopii dokumentacji,
 wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie Niepublicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej GOMED ul. Polna 9f, 27-400 Ostrowiec Św..
 sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej.
 sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej.
5. Dokumentacja wymieniona w pkt.4 (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu.)
 zostanie odebrana osobiście;
 proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres
.....

.....
Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Niepublicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej GOMED-Ostrowiec Spółka z o.o. Sp. k. oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

.....
(podpis wnioskodawcy)

¹ Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

.....dnia.....
(Miejscowość)

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Niniejszym upoważniam Pana/ią
(Imię nazwisko)

.....
(Adres)

Legitymujący/a się dowodem osobistym.....
(seria numer dowodu osobistego)

Do odbioru dokumentacji medycznej o której udostępnienie złożyłem/am wniosek w dniu w Niepublicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej GOMED-OSTROWIEC- Spółka z o.o. Sp. k. ul. Polna 9f, 27-400 Ostrowiec Św.

.....
(czytelny podpis wnioskującego)

1. Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczną potwierdzam na podstawie

.....
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości zastron dokumentacji medycznej.

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

4. Dokumentację wydano dnia

.....
(czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

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

5. Wysłano listem poleconym nr nadawczy..... dnia.....

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