

Dane wnioskodawcy:

.....
(imię i nazwisko)
.....
(adres, nr telefonu)
.....
(Nr PESEL)
.....
(Nr dokumentu tożsamości)

Załącznik do Zarządzenia Nr / 2016
Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie
z dnia

Koszalin, dnia

**Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego
im. M. Kopernika w Koszalinie**

Wniosek o udostępnienie indywidualnej dokumentacji medycznej

Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta:

.....
(imię i nazwisko pacjenta)
(nr PESEL)

leczonego w Szpitalu Wojewódzkim im. M. Kopernika w Koszalinie w:

.....
(nazwa oddziału, poradni lub komórki organizacyjnej, która udzielała świadczenia)

w okresie:

.....
(termin pobytu pacjenta lub okres o jaki się wnioskuje)

Tytuł prawny uprawniający do żądania dokumentacji (dotyczy wnioskodawców innych niż pacjent): (*)

- akt urodzenia dziecka,
- wyrok sądu,
- upoważnienie w dokumentacji medycznej,
- pełnomocnictwo pacjenta (w załączeniu).

Dokumentację medyczną proszę udostępnić w postaci: (*)

- wglądu do dokumentacji,
- sporządzenia kopii lub odpisu historii choroby,
- elektronicznego nośnika informacji (płyta CD/DVD) ze zdjęciami obrazowymi,
- wydania oryginału dokumentacji,
- inne:

Dokumentację zostanie wykorzystana: (*)

- w związku z kontynuacją leczenia,
- w innym celu.

Zobowiązuję się do odbioru dokumentacji medycznej w ustalonym terminie oraz do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem Szpitala Wojewódzkiego im. M. Kopernika w Koszalinie.

Dokumentację: (*)

- odbiorę osobiście,
- odbierze osoba upoważniona,
- proszę przesłać listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru. Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na doliczenie do opłaty za dokumentację kosztów przesyłki wg obowiązującego cennika operatora pocztowego oraz wyrażam zgodę na obciążenie mnie kosztami wezwania za nieterminową zapłatę za wykonaną usługę w zryczałtowanej kwocie 15,00 zł za każde wezwanie.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody ()** na udostępnienie dokumentacji medycznej.

.....
(podpis Dyrektora Szpitala lub osoby przez niego upoważnionej)

(*) wybrać właściwe
(**) niepotrzebne skreślić