 Konopiska, dn……………………………………

 **Do Dyrektora**

**SP ZOZ GOZ w Konopiskach**

**Wniosek**

**o udostępnienie dokumentacji medycznej**

1. Wnioskodawca:

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

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………

PESEL……………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr telefonu kontaktowego……………………………………………………………………………………………………

1. Dokumentacja medyczna dotyczy osoby:**\***

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

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………

PESEL…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Dokumentacja dotyczy leczenia (podać nazwę komórki organizacyjnej)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Rodzaj dokumentacji medycznej ( np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań- inna)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Wnioskuję o:

- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ GOZ w Konopiskach.

 …………………………………………………………

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

\* - wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji z upoważnienia pacjenta lub jako przedstawiciel ustawowy



**Wydanie dokumentacji medycznej**

 Data wydania dokumentacji………………………………………………….

Pobrano opłatę w wysokości……………………………………………………..paragon z dnia…………………………………

Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację……………………………………………………………………………..

Czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację………………………………………………………………………