

WNIOSEK

O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1) Wnioskodawca:

Samodzielny Publiczny Gminny 
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Nowym Wiśniczu

Imię i Nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

Nr PESEL:

Numer telefonu kontaktowego:

2) Dane osobowe pacjenta, którego dotyczy wniosek (jeżeli wnioskodawcą nie jest pacjent):

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

3) Zakres wnioskowanej dokumentacji:

☐ Badania laboratoryjne z dnia.....

☐ Poradnia za okres

4) Wnioskuje o:

a) wydanie:

☐ kserokopii dokumentacji medycznej (bez potwierdzenia za zgodność z oryginałem)

☐ odpisu dokumentacji medycznej (z potwierdzeniem za zgodność o oryginałem)

☐ wyciągu z dokumentacji medycznej

b) wgląd do dokumentacji medycznej

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii/ odpisu/ wyciągu zgodnie z cennikiem obowiązującym w SPGZOZ.

5) Dokumentację:

☐ Odbiorę osobiście

☐ Jednorazowo upoważniam do odbioru kserokopii*, odpisu*, wyciągu* dokumentacji:

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, nr i seria dokumentu tożsamości oraz PESEL upoważnionego)

☐ Proszę przesłać na adres jak w punkcie nr 1. Należność ureguluję za zaliczeniem pocztowym;
Jednocześnie oświadczam, iż wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji medycznej nie będzie obciążało SPGZOZ w Nowym Wiśniczu.

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

1) Potwierdzam odbiór kserokopii/odpisu/wyciągu/ dokumentacji medycznej*:

.....
(Data i podpis odbierającego dokumentację medyczną)

2) Nie pobrano opłaty *

3)Pobrano opłatę w wysokości: zł

.....
(podpis pracownika SPGZOZ)

*wybrać właściwe

WNIOSEK

O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

5) Wnioskodawca:

Samodzielny Publiczny Gminny 
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Nowym Wiśniczu

Imię i Nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

Nr PESEL:

Numer telefonu kontaktowego:

6) Dane osobowe pacjenta, którego dotyczy wniosek (jeżeli wnioskodawcą nie jest pacjent):

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

7) Zakres wnioskowanej dokumentacji:

☐ Badania laboratoryjne z dnia.....

☐ Poradnia za okres

8) Wnioskuje o:

c) wydanie:

☐ kserokopii dokumentacji medycznej (bez potwierdzenia za zgodność z oryginałem)

☐ odpisu dokumentacji medycznej (z potwierdzeniem za zgodność o oryginałem)

☐ wyciągu z dokumentacji medycznej

d) wgląd do dokumentacji medycznej

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii/ odpisu/ wyciągu zgodnie z cennikiem obowiązującym w SPGZOZ.

6) Dokumentację:

☐ Odbiorę osobiście

☐ Jednorazowo upoważniam do odbioru kserokopii*, odpisu*, wyciągu* dokumentacji:

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, nr i seria dokumentu tożsamości oraz PESEL upoważnionego)

☐ Proszę przesłać na adres jak w punkcie nr 1. Należność ureguluję za zaliczeniem pocztowym;
Jednocześnie oświadczam, iż wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji medycznej nie będzie obciążało SPGZOZ w Nowym Wiśniczu.

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

1) Potwierdzam odbiór kserokopii/odpisu/wyciągu/ dokumentacji medycznej*:

.....
(Data i podpis odbierającego dokumentację medyczną)

2) Nie pobrano opłaty *

3)Pobrano opłatę w wysokości: zł

.....
(podpis pracownika SPGZOZ)

*wybrać właściwe