Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim		**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**	**Zał. 1 - S ZI 1-02** Wydanie III z dnia 02.08.2016 r.

1. **Wnioskodawca:** (I_I pacjent; I_I przedstawiciel ustawowy: I_I rodzic, I_I opiekun ustanowiony przez sąd, I_I kurator; I_I osoba upoważniona przez pacjenta w historii choroby;
   I_I osoba posiadająca pisemne upoważnienie – załączyć do wniosku:

   Nazwisko..... Imię.....

   Nr PESEL [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Seria i nr dok. tożsamości ……

   Adres zamieszkania.....

Dokumentacja udostępniania jest tylko Wnioskodawcy lub osobie upoważnionej przez Wnioskodawcę. Imię i nazwisko osoby wskazanej przez wnioskodawcę, której dokumentacja może zostać udostępniona :……

2. **Dokumentacja medyczny dotyczy:**

   Nazwisko.....

   Imię .....

   Nr PESEL [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

   Adres zamieszkania.....

3. **Rodzaj dokumentacji medycznej*:**

   z oddziału …….

   z poradni……..

   inna, jaka: ……

   za okres od – do……..……..

4. **Wnioskuję o*:** I_I wydanie kopii dokumentacji; I_I umożliwienie wglądu w dokumentację;
   I_I wydanie w innej formie, określić jakiej: ……..……

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji zgodnie ze stawką wynikającą z obowiązujących przepisów prawnych. W przypadku nie odebrania dokumentacji zobowiązuję się do pokrycia kosztów przygotowania dokumentacji. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez mojego podpisu.

.....	.....
(pieczątka i podpis osoby przygotowującej dokumentację)	(miejscowość, data, czytelny podpis Wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Data wydania/wysłania* dokumentacji medycznej ……..……..

Adres przesłania: ……

Tożsamość osoby, której udostępniana jest dokumentacja stwierdzono na podstawie dowodu tożsamości : .....

Ilość stron: …… Nr kwitariusza/ faktury*: ……

.....	.....
(pieczątka i podpis osoby udostępniającej dokumentację)	(czytelny podpis osoby odbierającej)

* **właściwe zaznaczyć/uzupełnić**