

**Do Gminnego Zespołu Lecznictwa Otwartego
w Kietrz
ul. Kościelna 1**

Wniosek

o wydanie kopii, wyciągu, odpisu, bądź dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, wglądu do dokumentacji w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych z możliwością wykonania notatek lub zdjęć*

1. **Wnioskodawca: Imię i Nazwisko**

2. **Adres zamieszkania**

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego

3. **Dokumentacja medyczna dotyczy****

4. **Imię i Nazwisko****

5. **Adres zamieszkania ****

Nr PESEL**

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

6. **Rodzaj dokumentacji medycznej (np. poradnia, historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać jakich, inna)**

.....

7. **Wnioskuje o wydanie kserokopii (wyciągu lub odpisu) bądź na elektronicznym nośniku danych dokumentacji medycznej lub wglądu w dokumentację w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych z możliwością sporządzenia notatek lub zdjęć w celu*:**

- dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym,
- niezwiązanym z dalszym leczeniem.

8. **Zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w Gminnym Zespole Lecznictwa Otwartego w Kietrz.**

9. **Dokumentację medyczną* :**

- a) odbiorę osobiście;
- b) odbierze osoba przeze mnie upoważniona.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie udostępnienia

1. **Tożsamość osoby odbierającej kopię (wyciąg, odpis) dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:**

..... **nr**
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. **Ilość stron**

3. **Wniesiono opłatę w wysokości** **zł;**

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....
(data, podpis i pieczęć pracownika wydającego)

* - niepotrzebne skreślić

** - wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

