



Tuchola, dnia

**Wniosek
o wydanie kopii (wyciągu, odpisu) dokumentacji medycznej**

**Do Prezesa Zarządu
Szpitala Tucholskiego sp. z o. o.**

Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Numer telefonu kontaktowego.....

Dokumentacja medyczna dotyczy**

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Dokumentacja dotyczy leczenia/diagnostyki w:

.....
(podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu/badania)

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

.....
Wnoszę o wydanie kserokopii (wyciągu lub odpisu) dokumentacji medycznej określonej w pkt 4 w celu:

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

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu Tucholskim sp. z o.o.

Dokumentację medyczną wymienioną w pkt 4*:

- a) odbiorę osobiście;
- b) odbierze osoba przeze mnie upoważniona
- c) proszę przesłać na adres jak w pkt. 1;

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie udostępnienia

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

..... nr

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

Ilość stron

Wniesiono opłatę (gotówką/przelewem)*** w wysokości zł;

.....

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

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

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

** - niepotrzebne skreślić