

Tuchola, dnia

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

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

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy**

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

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

3. Dokumentacja dotyczy leczenia/diagnostyki w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu/badania)

.....

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

.....

5. Wnioskuje 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.

6. 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

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

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

5. Ilość stron

6. 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