



Kowanówko, dnia.....

Numer wniosku.....

(numer wniosku nadaje pracownik przyjmujący)

Szpital Wojewódzki w Poznaniu  
Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny  
ul. Sanatoryjna 34, Kowanówko  
64-600 Oborniki

**WNIOSEK**  
O WGLĄD/WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko lub Nazwa podmiotu uprawnionego .....

Adres zamieszkania/siedziby.....

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego.....

W wypadku składowania podmiotów uprawnionych prosimy wpisać NIP w miejscu nr PESEL

2. Dokumentacja medyczna dotyczy<sup>1</sup>

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

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

3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w ( podać nazwę oddziału, poradni, gabinetu i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniana)

4. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący – należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, historia zdrowia i choroby – w poradniach, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań- podać jakich, zdjęcie rentgenowskie, inne)

5. Wnioskuje o ( zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu )

- Sporządzenie kserokopii dokumentacji
- Sporządzenie kopii (nagrania na płytę CD/DVD) badania wykonanego w Pracowni Kardiologii Inwazyjnej zapisanego na płycie CD/DVD
- Wgląd do dokumentacji medycznej określonej w siedzibie Szpitala.
- Sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej.
- Sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej.
- Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu (tylko dla uprawnionych podmiotów lub w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji medycznej mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta).
- Wydanie oryginału zdjęcie RTG wykonanego na kliszy za pokwitowaniem z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

6. Dokumentacja wymieniona w pkt 4 ( zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu. )

- zostanie odebrana osobiście;
- proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres podany w pkt. 1
- proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres inny jak podany w pkt 1:

<sup>1</sup> Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia organu

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

.....  
( czytelny podpis wnioskodawcy)

Do wiadomości Z-cy Dyrektora ds. Szpitala Rehabilitacyjno - Kardiologicznego:

.....  
(data i podpis Z-cy Dyrektora ds. Szpitala Rehabilitacyjno - Kardiologicznego)

Wydano:

.....  
(data wydania dokumentu)

1. Dokumentację medyczną wydano:.....(wpisać imię i nazwisko).

Tożsamość osoby, której udostępniono dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie :

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

.....  
(podpis i pieczęć osoby weryfikującej)

2. Pobrano opłatę w wysokości .....za .....stron dokumentacji medycznej.

3. Wystawiono fakturę nr.....z dnia.....

4. Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej

.....  
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną)

5. Wysłano listem poleconym ( za pobraniem ) nr nadawczy..... dnia.....