**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ( zał.1 )**

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**

Imię i nazwisko: ………………………………………………….………………………………………………….

PESEL: ………………………………………………………………………………………………………………

**Wnioskuję o:**

* wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
* wydanie odpisu/wyciągu
* rodzaj dokumentacji ……………………………………………...……………………......
* okres leczenia: …………………………………………………………………………………………………

**Odbiór dokumentacji:**

* odbiorę osobiście
* odbierze osoba upoważniona

Oświadczam, iż:

* + 1. zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w SPZOZ Kalwaria Zebrzydowska
		2. pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),
		3. w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

 **POTWIERDZENIE WPŁYWU**

 **data i podpis wnioskodawcy**

 **data i podpis pracownika**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**UPOWAŻNIENIE (zał. 2 )**

Ja, imię i nazwisko ( niżej podpisany ) …………………………………………………………………………PESEL…………………….

Upoważniam do odbioru kserokopii, wyciągu, odpisu , dokumentacji medycznej , osobę :

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………PESEL/NR.DOWODU…………………………

  **podpis pacjenta**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

* wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: …………………………………..
* odebrana osobiście przez pacjenta,
* odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
	+ upoważnienie w dokumentacji medycznej,
	+ upoważnienie w niniejszym wniosku,
	+ odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: …………………………………………………………

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

data i **podpis** **osoby odbierającej** dokumentację data i **podpis pracownika** wydającego dokumentację