

Bydgoszcz, dnia dd / mm / rrrr

WNIOSEK NR/ rrrr / A, R, PZP, P

o wydanie **kserokopii** / **wgląd do*** dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach (archiwalnych) SP WZOZ MSW w Bydgoszczy dotyczącej:

- Mojej osoby
- Osoby, której jestem prawnym opiekunem
- Posiadam upoważnienie

1. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:

Imię Nazwisko.....

Adres zamieszkania:

PESEL

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

 Nr telefonu

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

 (nie obowiązkowo)

Dokumentacja medyczna z poradni:.....

Dokumentacja medyczna z oddziału:.....

Zakres kopiowanej dokumentacji (zakres od – do, data hospitalizacji, data wizyty)

.....

Inne szczegóły
.....
.....
.....

2. DANE WNIOSKODAWCY (wypełnia się jeśli składający wniosek nie jest pacjentem)

(w przypadku odbioru kopii dokumentacji przez inne osoby niż wnioskodawca wymagane jest upoważnienie)

Imię Nazwisko

Adres zamieszkania:

PESEL

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

 Nr telefonu

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

 (nie obowiązkowo)

Sposób odbioru dokumentacji

- Odbiór osobisty
- Przesłanie pocztą po dokonaniu przedpłaty na konto SP WZOZ MSW
Nr konta: BANK GOSPODARSTWA KRAJOWEGO 53 1130 1075 0002 6035 9320 0007
- Odbiór przez osobę upoważnioną

W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuje się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu. Wnioskuje o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej i zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP WZOZ MSW w Bydgoszczy

.....
Czytelny podpis osoby
przyjmującej wniosek

.....
Czytelny podpis osoby
składającej wniosek

Potwierdzenie udostępnienia

1. Tożsamość osoby odbierającej kserokopię dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

..... Seria Nr
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Ilość stron

3. Wniesiono opłatę (gotówką/za pobraniem/nie podlega opłacie) w wysokości

..... PLN

.....
Data wydania (wysłania) dokumentów

.....
Czytelny podpis osoby
wydającej dokumentację medyczną

.....
Czytelny podpis osoby
odbierającej dokumentację medyczną

INNE ADNOTACJE: