KUJAWSKO - POMORSKIE CENTRUM PULMONOLOGII
w Bydgoszczy

Załącznik nr 1 do instrukcji I-100/PP 5.1

Bydgoszcz, dnia .....

.....
imię i nazwisko / nazwa wnioskodawcy

.....

.....
adres zamieszkania do korespondencji/ siedziba

.....
numer telefonu kontaktowego

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami, przed wypełnieniem proszę zapoznać się z zasadami na odwrocie wniosku

1. **Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć „x" we właściwej rubryce):**

a) w formie :

□ do wglądu □ kopii □ odpisu □wyciągu □ wydruku □ na informatycznym nośniku danych
□ oryginału (uzasadnienie przyczyny wydanie oryginału proszę załączyć do wniosku)

b) w zakresie: dokumentacja medyczna z .....
(nazwa komórki organizacyjnej np.: oddziału/poradni/pracowni)

□ w całości
□ w części: .....
(np. karty informacyjnej, historii zdrowia i choroby, wyników badań: podać jakich)

c) za okres: (od-do, data hospitalizacji, data wizyty) .....

2. **Dane Pacjenta, którego dokumentacja medyczna dotyczy:**

imię/imiona..... nazwisko.....

adres zamieszkania.....

PESEL | | | | | | | | | | | nr telefonu | | | | | | | | | | (nie obowiązkowo)

3. **Sposób odbioru dokumentacji, w przypadku jej wydania (proszę zaznaczyć „x" we właściwej rubryce):**

- □ odbiorę osobiście (data odbioru .....),
- □ odbierze osoba upoważniona wskazana w dokumentacji medycznej,
- □ odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie załączam do wniosku,
- □ odbierze osoba, której dokumentacja dotyczy,
- □ proszę przesłać na adres wnioskodawcy listem poleconym,
- □ inne .....

4. **Oświadczenie:** Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej w KPCP (stanowiący załącznik do Wniosku), rozumiem i akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz mam świadomość obowiązku pokrycia kosztów jej wykonania (z uwzględnieniem wyjątków).

.....	.....	.....
miejscowość, data	podpis wnioskodawcy	data i podpis osoby przyjmującej wniosek

5. **Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:**

Potwierdzam udostępnienie:	W przypadku wydania dokumentacji medycznej:
□ do wglądu	□ liczba stron: ..... opłata za 1 stronę: ..... łącznie do zapłaty: .....
□ wydanie dokumentacji medycznej	□ zwolniony z opłat .....

.....	.....
Data i podpis osoby udostępniającej	Data i podpis wnioskodawcy/ osoby upoważnionej do odbioru

6. **Potwierdzenie zwrotu oryginału dokumentacji medycznej (w przypadku wydania oryginału):**

Potwierdzam zwrot wnioskowanej dokumentacji medycznej:

.....	.....
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację / osoby dokonującej zwrotu	Data i podpis wnioskodawcy/ osoby upoważnionej