Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu	FORMULARZ	P-10/F-01
	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	Wersja II
		Strona 1 z 2

Lubliniec, dnia .....

Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala
Neuropsychiatrycznego
im. dr. Emila Cyrana
w Lublińcu

Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Nr PESEL

Numer telefonu kontaktowego .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*

Imię i Nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Nr PESEL

* - wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

** - niepotrzebne skreślić

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

.....

.....

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

.....

.....

5. Wnioskuję o:
   - wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt 4**
   - wglądu do dokumentacji medycznej określonej w pkt 4**

i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu.

6. Dokumentację wymienioną w pkt. 4**:
   - odbiorę osobiście;
   - proszę przesłać na adres jak w pkt. 1;

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* - wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

** - niepotrzebne skreślić