

..... dnia
/miejsowość, data/

**Do zarządu
„Uzdrowisko Wysowa” S.A.”**

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Osoba występująca z wnioskiem (właściwe zakreślić):

- pacjent
- osoba upoważniona przez pacjenta
- inna osoba występująca z wnioskiem, która może przedłożyć dokument uprawniający ją do odbioru dokumentacji o jaką wnioskuje

Dane pacjenta:	Dane osoby występującej z wnioskiem:
Imię i nazwisko	Imię i nazwisko.....
Pesel	Pesel
Adres	Stopień pokrewieństwa
.....	Adres
.....
Nr tel. kontaktowego	Nr tel. kontaktowego

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii, skanu, odpisu* (*właściwe zakreślić):

- historii choroby z pobytu
- planu zabiegów
- karty informacyjnej
- innej dokumentacji medycznej (jakiej).....

Dokumentacji medycznej z pobytu (właściwe zakreślić): lub wpisać nazwę

- sanatorium uzdrowskove Biawena
- rehabilitacja Biawena
- leczenie ambulatoryjne
- pobyt komercyjny
- szpital uzdrowskowy Beskid
- sanatorium uzdrowskove Beskid
- Stacja Dializ Beskid
- Inne.....

W okresie oddo..... (podać dokładną datę pobytu, leczenia; dzień miesiąc, rok)

W celu (właściwie zakreślić):

- dalszego leczenia
- dokumentacja do innych celów niż leczenie

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie,
- 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.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

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:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację