|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Obraz zawierający tekst, Czcionka, logo, Grafika  Zawartość wygenerowana przez sztuczną inteligencję może być niepoprawna. | **ZAŁĄCZNIK NR 1** | **Nr IO/09/2015** | |
| **UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** | Stron: | **2** |
| Strona: | **1** |
| **WYDANIE: 3** | **DATA: 21.10.2022** | | |

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej\***

1. **Wnioskodawca:**

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………

Numer telefonu do kontaktu………………………………………………………………………………………

1. **Dokumentacja medyczna dotyczy:**

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

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Dokumentacja dotyczy leczenia w** (*podać nazwę oddziału lub poradni i datę pobytu*)**:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Do jakich celów udostępniana jest dokumentacja medyczna:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Rodzaj dokumentacji medycznej** (*zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce*):

* Historia choroby
* Karta informacyjna
* Wynik badania …………………………………………………………………………….
* Wynik sekcji zwłok

Inne: ………………………………………………………………………………………

1. **Wnioskuję** (*zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce*):

* udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5
* wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 5

i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za wykonanie kopii dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. ustalonej zgodnie z art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. z 2008 r., nr 52, poz. 417)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Obraz zawierający tekst, Czcionka, logo, Grafika  Zawartość wygenerowana przez sztuczną inteligencję może być niepoprawna. | **ZAŁĄCZNIK NR 1** | **Nr IO/09/2015** | |
| **UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** | Stron: | **2** |
| Strona: | **2** |
| **WYDANIE: 3** | **DATA: 21.10.2022** | | |

1. **Dokumentację wymienioną w pkt. 5:**

* odbiorę osobiście;
* odbierze osoba upoważniona
* przesłać listem poleconym na adres:

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………..

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

1. **Potwierdzenie odbioru:**

………………………………………………………………………………………………………….

(rodzaj i numer dokumentu, na postawie którego ustalono tożsamość odbierającego)

………………………………………………………………………………………………………

(data i podpis odbierającego)

\*wniosek o udostępnienie dokumentacji na zasadach Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2008r., nr 52. poz. 417 z póź.zm.)