

Dane wnioskodawcy:

Koszalin, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

**Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego
im. M. Kopernika w Koszalinie**

Wniosek o udostępnienie indywidualnej dokumentacji medycznej

1. Zwracam się o udostępnienie indywidualnej dokumentacji medycznej nw. pacjenta leczonego w Szpitalu Wojewódzkim im. M. Kopernika w Koszalinie w:

.....
(imię i nazwisko pacjenta) (nr PESEL)

.....
(nazwa komórki organizacyjnej, która udzielała świadczenia)

.....
(termin pobytu)

2. Dokumentację medyczną proszę udostępnić w postaci: (*)

- ☐ wglądu do dokumentacji,
☐ sporządzenia kopii, wyciągu lub odpisu historii choroby,
☐ elektronicznego nośnika informacji (płyta CD/DVD) ze zdjęciami obrazowymi,
☐ wydania oryginału dokumentacji,
☐ inne:

3. Tytuł prawny uprawniający do dokumentacji - dotyczy wnioskodawców innych niż pacjent: (*)

- ☐ akt urodzenia dziecka,
- ☐ wyrok sądu,
- ☐ upoważnienie w dokumentacji medycznej,
- ☐ pełnomocnictwo pacjenta,
- ☐ osoba bliska (dotyczy sytuacji kiedy nastąpił zgon pacjenta).

4. Dokumentacja zostanie wykorzystana: (*)

- ☐ w związku z kontynuacją leczenia,
- ☐ w innym celu.

6. Dokumentację: (*)

- ☐ odbiorę osobiście,
- ☐ odbierze osoba upoważniona -
(dane osoby wskazanej do odbioru)
.....

7. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wytworzenia kopii dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem Szpitala Wojewódzkiego im. M. Kopernika w Koszalinie. Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na obciążenie mnie kosztami wezwania za nieterminową zapłatę w zryczałtowanej kwocie 15,00 zł za każde wezwanie.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody () na udostępnienie dokumentacji medycznej.**

.....
(podpis Dyrektora Szpitala lub osoby upoważnionej)

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji

.....
(data i podpis odbierającego dokumentację)

(*) wybrać właściwe
(**) niepotrzebne skreślić