Katowice, dnia .......................................

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko ....................................................................................................................................

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

Adres zamieszkania .............................................................................................................................

Nr PESEL

Numer telefonu kontaktowego ......................................................................

2. Dokumentacja medyczna dotyczy\*

Imię i Nazwisko ...................................................................................................................................

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

Adres zamieszkania .............................................................................................................................

Nr PESEL

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

.............................................................................................................................................................

4. Zakres dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań…)

.............................................................................................................................................................

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

5. Forma udostępnienia:

□ kopia □ wyciąg □ odpis □ wydruk

□ inne………………………..………………………….

□ do wglądu oryginału we wskazanej komórce organizacyjnej

6. Sposób udostępnienia:

□papierowa □na nośnikach danych płyta CD (badanie RTG, TK) □ skan

7. Sposób odbioru dokumentacji:

□ Dokumentację medyczną odbiorę **OSOBIŚCIE**

□ Dokumentację medyczną **PROSZĘ WYSŁAĆ POCZTĄ** na wskazany w punkcie 1 adres

□ Dokumentację medyczną **PROSZĘ WYSŁAĆ POCZTĄ ELEKTRONICZNĄ**

**na adres e-mail……………………………………………………………………………………………………………..**

□ Dokumentację medyczną **ODBIERZE OSOBA, KTÓRĄ UPOWAŻNIAM poniżej:**

Imię i Nazwisko: ……..……………….…………………………………………..…

nr dokumentu tożsamości..……………………………………………………….

 ………………………………………………….

 Czytelny podpis Wnioskodawcy

**8. Potwierdzenie odbioru:**

□ Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej **(pacjent/osoba upoważniona):**

Imię i Nazwisko: ……..……………….……………………………………………………..

nr dokumentu tożsamości..………………………………………..…………………..

………………….……….……………………………

 Data i podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**CZĘŚĆ II (wypełnia pracownik Archiwum)**

Potwierdzam zgodność przygotowanej kopii dokumentacji medycznej z *Wnioskiem.*

Ilość stron: ……………………………

Opłaty: □ zwolniony □ opłata za ………………………………..…...

Kwota do zapłaty w wysokości …………………….…...

…………………………………………………………………..

Czytelny podpis pracownika archiwum Czytelny podpis pracownika działu finansowo-księgowego

□ Udostępniono do wglądu w siedzibie Spółki dokumentację medyczną

Zakres udostępnionej dokumentacji:……………………………………………………………………………………………………

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

 …………….………………………………

Data i podpis osoby której udostępniono dokumentację medyczną Data i podpis pracownika udostępniającego dokumentację medyczną

□ Nie udostępniono dokumentacji medycznej z powodu…….………………………………………………...…………..

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

 …………….………………

 Data i podpis pracownika