



Człuchów, dnia

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (WNIOSKODAWCA):

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
ADRES (ulica, nr domu/nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)	
NR TELEFONU	
E-MAIL (należy wypełnić tylko wtedy, gdy dokumentacja ma zostać przesłana za pośrednictwem poczty elektronicznej)	

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY: (proszę wypełnić tylko wtedy, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent)

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
PESEL PACJENTA	
ADRES PACJENTA (ulica, nr domu/nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)	

3. DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY LECZENIA/BADANIA:

Nazwa poradni/oddziału w którym pacjent był leczony	
Okres leczenia (należy wskazać okres, za który wnioskodawca chce uzyskać dokumentację)	Od..... Do.....

4. PROSZĘ O : (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> wydanie kserokopii | <input type="checkbox"/> wydanie wyciągu |
| <input type="checkbox"/> wydanie wydruku | <input type="checkbox"/> wydanie odpisu |
| <input type="checkbox"/> wydanie skanu | <input type="checkbox"/> nośnik elektroniczny (np.: CD) |
| <input type="checkbox"/> umożliwienie wglądu w siedzibie SPZOZ w Człuchowie | |

5. Sposób odbioru dokumentacji: (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> odbiór osobisty | <input type="checkbox"/> przesłanie pocztą tradycyjną na adres wnioskodawcy |
| <input type="checkbox"/> przesłanie pocztą elektroniczną na adres e-mail wskazany powyżej przez wnioskodawcę | |

6. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Człuchowie dostępnymi na stronie www.spzoz-czluchow.pl lub na tablicy ogłoszeń w siedzibie SPZOZ w Człuchowie. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów przygotowania (jeżeli wystąpią) i ewentualnej wysyłki dokumentacji medycznej.

.....
(podpis wnioskodawcy)