

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W
ZDUŃSKOWOLSKIM SZPITALU POWIATOWYM SPÓŁKA Z O.O. Z SIEDZIBĄ
W ZDUŃSKIEJ WOLI**

1. WNIOSKODAWCA*:

Imię i nazwisko

PESEL:

Adres**

Adres e-mail***

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- wydanie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem
- wydanie wyciągu
- wydanie odpisu
- wydanie wydruku
- wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia *pacjenta*;
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
- na informatycznym nośniku danych CD/DVD

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko

PESEL:

Adres:

.....

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI:

(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

