

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Janów Lubelski .....

Imię Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr. dowodu osobistego .....

PESEL .....

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie"s.c.**  
**ul. Jana Pawła II nr.5**  
**23-300 Janów Lubelski tel. (15) 8723-099**

**Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej, która dotyczy:**

Imię Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

**Wyszczególnienie dokumentacji: (z poradni.....)****za okres .....**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historia zdrowia i choroby                        | <input type="checkbox"/> Karta indywidualnej opieki pielęgniarzkiej  |
| <input type="checkbox"/> Karty wizyty patronażowej                         | <input type="checkbox"/> Karta indywidualnej opieki położnej         |
| <input type="checkbox"/> Karty wywiadu środowiskowo-rodzinnego             | <input type="checkbox"/> Skierowanie do szpitala lub innego podmiotu |
| <input type="checkbox"/> Wyniki badań (laboratoryjnych, RTG, USG, TK, itp) |  |
| <input type="checkbox"/> Inne (należy podać jakie) .....                   |  |

.....  
/podpis osoby składającej wniosek/

<b>Termin odbioru</b>	..... Data	..... Podpis osoby przyjmującej wniosek
<b>Wyrażam zgodę na wydanie kopii dokumentacji</b>		
..... Data	..... Podpis Kierownika lub osoby upoważnionej	
<b>Przekazanie kopii dokumentacji. Koszt.....</b>		
..... Data	..... Podpis osoby wydającej kopię dokumentacji i pobierającej opłatę	
<b>Kwituję odbiór kopii dokumentacji *</b>		
..... Data	..... Podpis pacjenta, osoby upoważnionej	

\* Uprzedzony o odpowiedzialności na podstawie art.223 kodeksu karnego oświadczam, iż zostałem/am upoważniony przez wskazanego powyżej pacjenta/pacjentką do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby oraz uzyskiwania z niej opisów i kopii w przypadku zgonu. pisemne upoważnienie dołączam do wniosku.