**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII/ORGINAŁU 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 ....................................................)**

 □ Historia zdrowia i choroby □ Karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej/położnej

 □ Inne (należy podać jakie) ............................................................................................................................................................

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Termin odbioru** | ............................................. Data |  .............................................. Podpis osoby przyjmującej wniosek |
| **Wyrażam zgodę na wydanie kopii/oryginału dokumentacji** |
| ........................................ Data | ..................................................................................................................... Podpis Kierownika lub osoby upoważnionej |
|   **Przekazanie kopii dokumentacji. Koszt**.................................................. |
| ......................................... Data | .............................................................................................................. Podpis osoby wydającej kopię dokumentacji i pobierającej opłatę |

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.

|  |
| --- |
| **Kwituję odbiór kopii/oryginału dokumentacji** |
| ......................................... Data | .............................................................................................................. Podpis pacjenta, osoby upoważnionej |