

Uwaga ! Wnioski są realizowane w terminie do 7 dni roboczych od daty ich przyjęcia

Załącznik nr 1

Barlinek, dnia .....

Data wpłynięcia: .....

**Prezes Zarządu**  
**Szpital Barlinek sp. z o.o.**  
**ul. Szpitalna 10, 74-320 Barlinek**

**WNIOSKODAWCA**  
**(osoba, której dot. dokumentacja medyczna) :**

.....  
*imię i nazwisko oraz poprzednio używane nazwisko (jeśli dotyczy)*

.....  
*adres zamieszkania*

.....  
*nr dowodu osobistego*

.....  
*adres elektroniczny oraz nr telefonu kontaktowego*

.....

*PESEL lub data urodzenia*

**DANE OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ WNIOSEK**  
**(w przypadku składania wniosku przez osobę**  
**upoważnioną)**

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*adres zamieszkania*

.....  
*adres elektroniczny oraz nr telefonu kontaktowego*

.....  
*nr dowodu osobistego*

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskuje o:

- udostępnienie kopii dokumentacji medycznej  
 wgląd do dokumentacji medycznej

**1. z oddziału:** .....

czas pobytu .....

Rodzaj kopiowanej dokumentacji \* potwierdzonej za zgodność z oryginałem:  TAK  NIE

- komplet historii choroby  
 karta informacyjna  
 opis operacji  
 wynik badania .....  
*(nazwa badania)*

inne .....

**2. z poradni:** .....

Rodzaj kopiowanej dokumentacji \* potwierdzonej za zgodność z oryginałem:  TAK  NIE

- komplet historii choroby poradni  
 inne .....

**3. z izby przyjęć / nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej:** .....

data pobytu.....

Rodzaj kopiowanej dokumentacji \* potwierdzonej za zgodność z oryginałem:  TAK  NIE

- wpis do księgi  
 inne .....

**Uwaga ! Wnioski są realizowane w terminie do 7 dni roboczych od daty ich przyjęcia**

**4. Proszę o udostępnienie\*** – w formie:  płyty CD,  biału badania, - **wyniku badania:**

rtg

inny (należy podać jaki): .....

Data badania: .....

#### **5. Sposób odbioru dokumentacji**

odbiór osobisty

odbiór przez osobę upoważnioną

list polecony za potwierdzeniem odbioru (obejmujący koszt sporządzenia kopii i koszty przesyłki wg stawek poczty polskiej)

\* właściwie zaznaczyć

.

.....  
czytelny podpis osoby wypełniającej wniosek

ZATWIERDZAM NINIEJSZY WNIOSEK

.....  
pieczętka i podpis osoby zatwierdzającej wniosek

---

### **UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Upoważniam Panią / Pana .....  
*imię i nazwisko*

legitymującą / legitymującego się .....  
*nr dowodu tożsamości*

zamieszkałą/zamieszkałego .....  
*adres zamieszkania*

do odbioru kopii / wglądu do mojej dokumentacji medycznej.

.....  
czytelny podpis osoby wypełniającej wniosek

.....  
data, nr dowodu tożsamości, czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację / dokonującej wglądu w dokumentację

.....  
czytelny podpis osoby wydającej dokumentację / udostępniającej dokumentację do wglądu

wydano

wysłano listem

**Uwaga ! Wnioski są realizowane w terminie do 7 dni roboczych od daty ich przyjęcia**

**Uwaga ! Wnioski są realizowane w terminie do 7 dni roboczych od daty ich przyjęcia**

**Uwaga ! Wnioski są realizowane w terminie do 7 dni roboczych od daty ich przyjęcia**