

<b>Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu</b>	<b>FORMULARZ</b>	I-03/F- 01
	<b>Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej</b>	Data zatwierdzenia: 16.05.2016 r.
		Wersja I
		Strona 1 z 2

Lubliniec, dnia .....

**Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala  
Neuropsychiatrycznego  
im. dr Emila Cyrana  
w Lublińcu**

**Wniosek  
o udostępnienie dokumentacji medycznej**

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy\*

Imię i Nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu)

.....

.....

<b>Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu</b>	<b>FORMULARZ</b>	I-03/F- 01
	<b>Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej</b>	Data zatwierdzenia: 16.05.2016 r.
		Wersja I
		Strona 2 z 2

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać jakich, inna)

.....  
 .....

5. Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt 4\*\*
- wglądu do dokumentacji medycznej określonej w pkt 4\*\*

i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu.

6. Dokumentację wymienioną w pkt. 4\*\*:

- odbiorę osobiście;
- proszę przesłać na adres jak w pkt. 1;

.....  
 (czytelny podpis wnioskodawcy)

\* - wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

\*\* - niepotrzebne skreślić

<b>Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu</b>	<b>FORMULARZ</b>	I-03/F-02
	<b>Potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej</b>	Data zatwierdzenia: 16.05.2016 r.
		Wersja II
		Strona 1 z 1

## Potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej

.....  
(Data wydania dokumentu)

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie

..... nr .....  
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości ..... zł., nr paragonu .....z

dnia.....\*

3. Wystawiono fakturę nr ..... z dnia .....\*

.....  
(Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

4. Wysłano listem poleconym nr nadawczy ..... dnia .....\*

.....  
(Czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)

\* - niepotrzebne skreślić