**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

1. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK:

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| PESEL |  |
| ADRES (ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość) |  |
| TELEFON |  |
| E-MAIL (jeżeli dokumentacja ma być przesłana pocztą elektroniczną) |  |

1. DANE PACJENTA, KTÓREGO DANE DOTYCZĄ: (proszę wypełnić tylko wtedy, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent)

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| PESEL |  |
| ADRES (ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość) |  |

1. DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY LECZENIA PACJENTA W OKRESIE

OD ………………………………………….. DO ...……….………………………………

1. OŚWIADCZAM, ŻE JEST TO **PIERWSZY / KOLEJNY** WNIOSEK WE WSKAZANYM ZAKRESIE UDOSTĘPNIENIA.
2. PROSZĘ O WYDANIE: (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat)

□ wydanie kserokopii □ wydanie wydruku □ wydanie wyciągu / odpisu

□ elektroniczny nośnik (CD) □ umożliwienie wglądu w siedzibie SP ZOZ w Brzozowie

1. ODBIÓR DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat)

□ osobisty □ poczta elektroniczna (wskazany e-mail)

□ poczta tradycyjna (adres wnioskodawcy)

………….……………………………………

(data i podpis wnioskodawcy)

1. POTWIERDZAM ODBIORU DOKUMENTACJI ZGODNIE Z WNIOSKIEM

………….……………………………………

(data i podpis wnioskodawcy)