

.....
(miejsowość, data)

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(Adres)

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

(PESEL)

.....
(numer telefonu kontaktowego)

**„Uzdrowisko Busko-Zdrój” S.A.
ul. Rzewuskiego 1
28-100 Busko-Zdrój**

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Na podstawie art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. 2012 r. poz. 159 z późn. zm.) zwracam się z uprzejmą prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej:

Pacjenta *(dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy)*:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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

z leczenia w

.....
(nazwa obiektu, oddział / poradnia)

w okresie

(data pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniana)

Udostępnienie dokumentacji obejmuje:

.....
(należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej, np. historia choroby, historia zdrowia i choroby – w poradniach, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań - podać jakich, zdjęcie rentgenowskie)

Poprzez (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu):

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych
- sporządzenie kopii dokumentacji medycznej
- sporządzenie wyciągu dokumentacji medycznej
- sporządzenie odpisu dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji na elektronicznym nośniku danych – płyta CD.

Dokumentację medyczną (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu):

odbiorę osobiście

upoważniam
(imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

proszę przesłać na adres

Składając wniosek zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w „Uzdrowisko Busko-Zdrój” S.A. oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej za pobraniem zgodnie z cennikiem operatora.

.....
(Podpis Wnioskodawcy)

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
(data wydania dokumentu)

1. Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie :

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

2. Pobrano opłatę w wysokości za stron dokumentacji medycznej.

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

3. Wystawiono fakturę nr.....z dnia.....

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

.....
(podpis pracownika wydającego dokumentację)