

CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO w SŁUPSKU**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Wnioskodawca.....

(imię i nazwisko, Pesel, telefon kontaktowy)

.....
(dokładny adres zamieszkania)

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

.....
(imię i nazwisko, Pesel, telefon kontaktowy).....
(dokładny adres zamieszkania)

Ja, niżej podpisany/a, legitymujący /a się dowodem osobistym.....
zwracam się z prośbą o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej historii choroby wyżej wymienionego pacjenta
znajdującego się w państwa posiadaniu z zakresu:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> poradnia zdrowia psychicznego | <input type="checkbox"/> poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży |
| <input type="checkbox"/> całodobowy oddział terapii uzależnień od alkoholu | <input type="checkbox"/> oddział dzienny nr 1 |
| <input type="checkbox"/> oddział dzienny nr 2 | <input type="checkbox"/> oddział rehabilitacji psychiatrycznej |
| <input type="checkbox"/> poradnia dla osób uzależnionych od alkoholu | <input type="checkbox"/> oddział psychiatryczny |
| <input type="checkbox"/> poradnia dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych | |

za okres od.....do dnia

Dokumentacja medyczna potrzebna jest mi do celów

W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Wyrażam zgodę na wystawienie bez podpisu osoby upoważnionej do otrzymania faktury. Zgodnie z obowiązującym cennikiem, ustalonym na podstawie r/art.28 ust.4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ((Dz. U. Z 2016 r. poz. 186 ze zm.), oraz kosztów przesyłki listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, o ile taka sytuacja nastąpi.

Dokumentację wymienioną:

- Odbiorę osobiście
 Upoważniam do odbioru (druk w załączeniu)
 Proszę przesłać na adres podany jw.

 (właściwe zaznaczyć).....
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek).....
(data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)**Potwierdzenie odbioru kopii dokumentacji medycznej**.....
(data i czytelny podpis osoby uprawnionej do wydania dokumentacji medycznej).....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną)