

....., dnia ..... rok  
Miejscowość, data

Zarząd  
Pomorskiego Centrum Reumatologicznego  
im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie Sp. z o.o.  
ul. Grunwaldzka 1-3  
81-759 Sopot

WNIOSEK Nr ...../.....  
**O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**1. Dane Wnioskodawcy:**

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania: .....

Numer i seria dokumentu tożsamości: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

Działając  w imieniu własnym lub jako:  rodzic,  inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy,

opiekun prawny  opiekun faktyczny  inne

**2. Wniosek dotyczy dokumentacji medycznej pacjenta:**

Imię i Nazwisko: .....

Numer PESEL: 

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

 .....

Adres zamieszkania: .....

**3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w:**

Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie Sp. z o.o. w Sopocie

Oddział ..... data pobytu .....

Poradnia ..... data wizyty .....

**4. Rodzaj dokumentacji medycznej:**

np. historia choroby / karta informacyjna\* .....

**5. Wnioskuje o:**

udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie Sp. z o.o. w Sopocie

sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej bez poświadczenia za zgodność z oryginałem

sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej poświadczonych za zgodność z oryginałem (odpis)

sporządzenie wyciągów z dokumentacji medycznej

sporządzenie kopii dokumentacji medycznej i dostarczenie za pośrednictwem komunikacji elektronicznej na adres e-mail .....

sporządzenie kopii dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych.

sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie:

za pośrednictwem komunikacji elektronicznej na adres e-mail .....

na informatycznym nośniku danych

wydanie oryginału dokumentacji medycznej za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu. Zobowiązuję się do zwrotu oryginału dokumentacji w terminie do dnia .....

wydanie zdjęcia/zdjęć rentgenowskie/ich wykonane na kliszy, za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu. Zobowiązuję się do zwrotu zdjęć rentgenowskich w terminie do dnia .....

**6. Dokumentacja wymieniona w pkt 4:**

zostanie odebrana osobiście, płatność przy odbiorze

proszę wydać osobie upoważnionej, za okazaniem upoważnienia, płatność przy odbiorze

.....  
(imię, nazwisko, adres, numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt 1. uwzględniając koszt wykonania kserokopii/odpisu/wyciągu\*

**7. Dokumentacja wymieniona w pkt 4 udostępniana jest\*:**

w celu dalszego leczenia

w innym celu aniżeli leczenie

\*informacja niezbędna jest do ustalenia prawidłowej stawki VAT za usługę

**8. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów** wykonania kserokopii, wyciągu, odpisu dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr J.Titz-Kosko w Sopocie Sp. z o.o. w Sopocie.

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy

Dotyczy sytuacji, w której dokumentacja odbierana jest osobiście:

Potwierdzam odbiór kserokopii\*/odpisu\*/wyciągu\*/oryginału dokumentacji medycznej w dniu .....

.....  
Data i czytelny podpis Wnioskodawcy

.....  
Data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

\*Niepotrzebne skreślić