

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
(PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI)

1. DANE WNIOSKODAWCY:

IMIĘ I NAZWISKO: NR TEL.

PESEL:

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

ADRES ZAMIESZKANIA:

.....
.....

ADRES DO KORESPONDENCJI:

.....
.....

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA: (wypełnić w przypadku, gdy inne niż powyżej)

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

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

3. WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

HISTORIA CHOROBY

KOPIĘ ZDJĘĆ RTG NA PŁYCCIE CD*

- Z CAŁEGO OKRESU LECZENIA W USOR W ZAKOPANEM
 Z OKRESU:
 Z OSTATNIEJ WIZYTY W PORADNI ORTOPEDYCZNEJ

- Z CAŁEGO OKRESU LECZENIA W USOR W ZAKOPANEM
 Z OKRESU:
 Z OSTATNIEJ WIZYTY W PORADNI ORTOPEDYCZNEJ

* Zdjęcia w technologii cyfrowej dostępne od października 2011 roku, RTG wykonane analogowo wymagają przetworzenia

4. W ZAŁĄCZENIU KSEROKOPIA DOWODU OSOBISTEGO WNIOSKODAWCY (DOTYCZY WYŁĄCZNIE OSÓB SKŁADAJĄCYCH WNIOSEK ZA POŚREDNICTWEM POCZTY)

5. ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ ODBIORĘ OSOBIŚCIE
 WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ PROSZĘ WYSLAĆ NA WW. ADRES ZA ZALICZENIEM POCZTOWYM
 UPOWAŻNIAM DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PANIĄ/PANA:
....., PESEL:

Oświadczam, iż zapoznałam/ em się z obowiązującym w Uniwersyteckim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym w Zakopanem **CENNIKIEM UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI**, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych ze sporządzeniem kserokopii/ odpisu/ wyciągu dokumentacji medycznej oraz pokrycia kosztów wysyłki za pobraniem zgodnie z aktualnym cennikiem Poczty Polskiej S.A.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

POTWIERDZAM ODBIÓR WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
czytelny podpis odbierającego