

....., dnia.....201... roku

Uniwersytecki Szpital
Ortopedyczno- Rehabilitacyjny w Zakopanem
ul. Balzera 15, 34-500 Zakopane

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane Wnioskodawcy:

IMIĘ I NAZWISKO:nr tel.....

PESEL:

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

ADRES ZAMIESZKANIA:

.....
.....

ADRES DO KORESPONDENCJI:

.....
.....

2. Dane Dziecka:

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

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

3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej:

1. Historia choroby:

- z całego okresu leczenia w USOR w Zakopanem
- od roku
- z ostatniej wizyty

2. Kopie zdjęć RTG na płycie CD:

- z całego okresu leczenia w USOR w Zakopanem
- od roku
- z ostatniej wizyty

4. W załączeniu kserokopia dowodu osobistego wnioskodawcy.

5. Odbiór dokumentacji medycznej:

- Proszę o przesłanie dokumentacji pocztą na w/w adres za pobraniem (zaliczeniem pocztowym).
- Oświadczam, iż dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie Szpitala.

Zobowiązuje się pokryć koszty sporządzenia kserokopii dokumentacji medycznej (Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz. U. 2011.112.654).

.....

(podpis wnioskodawcy)