



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Wnioskodawca

Imię Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr telefonu

PESEL											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Dokumentacji medyczna dotyczy :

Imię Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(UWAGA!! Punkt 2 wniosku należy wypełnić, jeśli osoba składającą wniosek nie jest osobą, której dotyczy dokumentacja medyczna).

3. Do jakich celów wnioskowane jest udostępnienie dokumentacji, należy zaznaczyć odpowiedni punkt:

- ☐ Do dalszego leczenia
- ☐ Do urzędu (ZUS, KRUS, Sąd i in.)
- ☐ Do celów własnych
- ☐ Inny.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej

- ☐ **Historia choroby** leczenia szpitalnego w oddziale szpitalnym
nazwa oddziału termin pobytu
- ☐ **Karta Informacyjna** w Dziale Pomocy Doraźnej i Przyjęć
data udzielenia świadczeń zdrowotnych
- ☐ **Historia choroby** leczenia w poradni specjalistycznej
nazwa poradni nr karty
- ☐ **Inna dokumentacja** (nazwa miejsca leczenia datę leczenia, rodzaj dokumentacji)
.....

Zobowiązuje się do pokrycia kosztów zgodnych z obowiązującym cennikiem SP ZOZ w Turku.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy