



Do Dyrekcji MSCZ

**WNIOSEK
O UDOŚTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. WNIOSKODAWCA

Imię/imiona:

Nazwisko:

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

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

Dokument potwierdzający tożsamość:

nazwa:; *nr:*; *wydający:*

2. DANE PACJENTA (*należy wpisać dane pacjenta, jeśli wnioskodawca składa wniosek w imieniu pacjenta):

Imię/imiona:

Nazwisko:

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

Adres zamieszkania:

** wnioskowana dokumentacja jest wydawana tylko osobom upoważnionym w dokumentacji medycznej przez pacjenta*

3. WNIOSKUJĘ O WGLĄD* LUB KOPIĘ* DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (*niepotrzebne skreślić):

a/ **karta informacyjna z leczenia szpitalnego** (oddział, nr księgi głównej, termin pobytu)

.....

b/ **historia choroby z leczenia szpitalnego** (oddział, nr księgi głównej, termin pobytu)

.....

c/ **historia choroby leczenia w poradni** (nazwa poradni, nr karty, data wizyty)

.....

d/ **inna dokumentacja** (np. płyta CD z badaniem TK, MRI, zaświadczenie o pobycie)

.....

4. CEL UZYSKANIA DOKUMENTACJI (należy zaznaczyć odpowiedni punkt):

- ZUS, KRUS, Sąd i inne
- do dalszego leczenia
- inny (podać jaki)

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia w/w, zgodnie z obowiązującym cennikiem MSCZ. W przypadku nie odebrania wnioskowanej dokumentacji medycznej, proszę o przesłanie jej na adres wskazany w pkt. 1 i jednocześnie zobowiązuję się do terminowego pokrycia kosztów związanych ze sporządzeniem i wysyłką w/w. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu odbiorcy.

Pruszków, dnia

Czytelny podpis wnioskodawcy:

POTWIERDZENIE DANYCH OSOBOWYCH WNIOSKODAWCY
NA PODSTAWIE OKAZANEGO DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

.....
Czytelny podpis pracownika MSCZ

UPOWAŻNIENIE

Do odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej upoważniam niżej wymienioną osobę*:

Imię/imiona:

Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Dokument potwierdzający tożsamość:

nazwa:; *nr:*; *wydający:*

** przy odbiorze upoważniona osoba musi okazać się w/w dokumentem tożsamości*

Pruszków, dnia

Czytelny podpis pacjenta:



POTWIERDZENIE ODBIORU

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej.

Pruszków, dnia

Czytelny podpis odbierającego:

.....
*Czytelny podpis pracownika MSCZ
wydającego dokumentację*

**W PRZYPADKU ODBIORU WNISKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZ OSOBĘ UPOWAŻNIONĄ,
POTWIERDZAM DANE OSOBOWE NA PODSTAWIE OKAZANEGO DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI**

.....
Czytelny podpis pracownika MSCZ