

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

nr wniosku: .....  
 (wypełnia pracownik Sekcji Dokumentacji UCK )

Gdańsk, dnia .....

**Dane wnioskodawcy:**

\*imię i nazwisko:.....

\*numer tel. / e-mail kontaktowy:.....

\*adres zamieszkania:.....

ulica:....., nr domu/mieszkania:.....

kod pocztowy:....., miasto:.....

\*rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości:.....

**Dane pacjenta** (wypełnić jeśli inne niż powyżej):

\*imię i nazwisko:.....

\*PESEL / data urodzenia:.....

\*numer tel. / e-mail kontaktowy:.....

\*adres zamieszkania:.....

ulica:....., nr domu/mieszkania:.....

kod pocztowy:....., miasto:.....

**Proszę o przygotowanie i udostępnienie:**

- KOPIA   
  WYDRUK   
  WYCIĄG   
  ZAŚWIADCZENIE   
  ODPIS  
 NOŚNIK ELEKTRONICZNY (CD i inne)   
  WGLĄD

z leczenia w UCK - Klinice/Oddziale/Poradni/Pracowni/Zakładzie.....

za okres od ..... do .....

Strona 1 z 2

**Zakres żądanych informacji:**

- CAŁOŚĆ     HISTORIA CHOROBY     KARTA INFORMACYJNA     WYNIKI BADAŃ
- DOKUMENTACJA MEDYCZNA PROCESU PIELĘGNOWANIA     ZAPIS WIZYTY LEKARSKIEJ
- INNE (wymień jakie) .....

**Oświadczenia wnioskodawcy:**

**\*Oświadczam, że zapoznałem/łam się z cennikiem udostępnienia dokumentacji medycznej obowiązującym w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku.**

.....

**czytelny podpis wnioskodawcy**

**\*\*\*Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Pana/Panią:.....**  
**legitymującego/cą się dokumentem tożsamości (rodzaj, seria, numer):.....**

.....

**czytelny podpis wnioskodawcy**

**\*\*Oświadczam, że wnioskowana dokumentacja medyczna będzie wykorzystana w celu kontynuacji leczenia ww. pacjenta.**

.....

**Pieczętka i podpis lekarza wnioskującego o udostępnienie dokumentacji medycznej**

**Potwierdzenie odbioru wnioskowanej dokumentacji:**

**\*\*\*\*Numer faktury, numer paragonu, kserokopia wezwania na komisję ZUS, KRUS .....**

**\*\*\*\*Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości osoby odbierającej dokumentację .....**

**\*\*\*\*Potwierdzenie tożsamości wnioskodawcy .....**

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....

.....

**data i podpis osoby odbierającej dokumentację**

**data i podpis osoby udostępniającej dokumentację**

**\* Pole wypełnia pacjent/wnioskujący,    \*\* Pole wypełnia lekarz,    \*\*\* Pole wypełnia pacjent**

**\*\*\*\*Pole wypełnia pracownik Sekcji Dokumentacji**