

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Podanie przyjęte drogą telefoniczną	
TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
..... (podpis pracownika Sekcji Dokumentacji)	

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

Gdańsk, dnia .....

**Dane pacjenta:**

\*imię i nazwisko:.....

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

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

\*adres zamieszkania:.....

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

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

**Dane wnioskodawcy:(wypełnić w przypadku gdy wnioskującym nie jest pacjent)**

\*imię i nazwisko:.....

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

\*adres zamieszkania:.....

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

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

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

**Udostępnienie:**  pierwszorazowe udostępnienie  kolejne udostępnienie
**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 .....

**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*