

Dyrektor

Gorzowskiej Lecznicy Specjalistycznej Sp. z o.o.

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko

.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego.....

Imię i Nazwisko osoby uprawnionej (np. rodzica).....

2. Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę oddziału, poradni, gabinetu i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniana)

.....

3. Wnoszę o (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu ☒)

☐ Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem

☐ Wgląd do dokumentacji medycznej

☐ Sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej.

☐ Sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej.

4. Dokumentacja wymieniona w pkt 2

☐ zostanie odebrana osobiście;

☐ proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w GLS Sp. z o.o. i kosztów wysyłki pocztowej.

.....

podpis wnioskodawcy, data

Jeśli dokumentacja nie będzie odbierana osobiście:

Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej .

Wydano:

.....

(data wydania dokumentu imię i nazwisko osoby wydającej dokument)

Potwierdzam otrzymanie dokumentacji

.....

(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)