**Załącznik Nr 15**

do Regulaminu Organizacyjnego

Samodzielnego Publicznego

Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgrowie

………………………………………………

Data i miejscowość

**Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej**

czynnej

**Dane Pacjenta :**

biernej

**…………………………………………………………………………**

archiwalnej

**Imię i Nazwisko Pacjenta**

**……………………………………………………………………………**

**Nr PESEL / Data urodzenia**

**……………………………………………………………………………**

**Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego** w przypadku dzieci poniżej 18r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych\*\*

**……………………………………………………………………………**

**Nr dokumentu tożsamości ze zdjęciem Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego\***

**……………………………………………………………………………**

**Adres zamieszkania**

**……………………………………………………………………………**

**Telefon kontaktowy**

**…………………………………………………………………………….**

**Prośba o wydanie dokumentacji medycznej** \* **:**

**□** kopia dokumentacji medycznej

□ kopia dokumentacji medycznej ( wybrani specjaliści)

□ wyciągi / odpisy

□ oryginał dokumentacji medycznej za pokwitowaniem odbioru

i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, data zwrotu ……………….

**……………………………….. ……………………………….**

Data i podpis osoby przyjmującej Data i podpis osoby składającej

wniosek wniosek / upoważnionej

. **……………………………….**

Data i podpis pacjenta między 16 – 18 r. ż.

(*zgoda równoległa jest to zgoda wyrażona równocześnie przez dziecko między 16 a 18 r. ż. i rodzica/opiekuna prawnego)*

**\*** zaznaczyć właściwe

\*\* jeśli dotyczy

\*\*\* czas oczekiwania na dokumentację z archiwum do **7 dni**