**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**