**Załącznik nr 23**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**„Klinika Psychiatryczna i Terapii Uzależnień WOLMED”**

**Dubie 1a,**

**97-420 Szczerców**

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji**:

Imię i nazwisko: …………………………………………PESEL: ……………………………;

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………...;

Numer telefonu: ………………………………………………………………………………..;

**Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja** *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*:

Imię i nazwisko: ………………………………………… PESEL: …………………………...;

**Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji w formie:**

□ wyciągu,

□ odpisu,

□ kopii.

**Rodzaj dokumentacji:**

□ historia choroby – całość

□ wypis z Kliniki

□ wyniki badań

□ inne *(jakie)* : …………………………………………………………………………………..;

**Wnioskowaną dokumentację:**

□ odbiorę osobiście

□ proszę wysłać na wskazany adres

□ odbierze osoba upoważniona:

Imię i nazwisko: ………………………………………… PESEL: ……………………………;

…………………………………. ………………………………………………

**(miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)**

Potwierdzenie wpływu:

……………………….. (DD-MM-RRRR)

Uzgodniony termin odbioru/wysyłki/udostępnienia do wglądu:

………………………... (DD-MM-RRRR)

**Czytelny podpis osoby upoważnionej do przyjęcia wniosku:**

………………………………………………………………

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI:**

**Dokumentacja:**

□ odebrana osobiście

□ wysłana na wskazany adres

□ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta

**Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji** *(w przypadku odbioru osobistego)*:

……………………………………………………………………..

**(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)**

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie *(rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość – dowód osobisty, paszport, karta pobytu)*:

……………………………………………………………………….

……………………………………………………………………….

(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)