Powiatowa Stacja

Sanitarno-Epidemiologiczna

w Ciechanowie

ul. Sienkiewicza 27

06-400 Ciechanów

**WNIOSEK**

**O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**1. Wnioskodawca**

Imię i nazwisko ......................................................................................................

Adres zamieszkania ................................................................................................

............................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL1

Nr telefonu kontaktowego .......................................................................................

**2.** **Dokumentacja medyczna dotyczy:** *(należy wypełnić, tylko gdy dokumentacja medyczna nie dotyczy wnioskodawcy)2*

Imię i nazwisko ......................................................................................................

Adres zamieszkania ................................................................................................

............................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

**3. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej:**

**– sprawozdanie z badań w kierunku:** wykrywanie Salmonella i Shigella u osób zdrowych w wymazie z kału (nosicielstwo – trzy próbki)

Data wykonania badania: .......................................................................................

*(podać co najmniej rok i 2-3 miesiące)*

**- w formie:** *(należy wpisać znak „X” we właściwej rubryce)*

|  |
| --- |
| **X** |

odpisu

|  |
| --- |
|  |

kopii

|  |
| --- |
|  |

wyciągu

|  |
| --- |
|  |

do wglądu w siedzibie PSSE w Ciechanowie

|  |
| --- |
|  |

wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru, z zastrzeżeniem zwrotu dokumentacji po wykorzystaniu (tylko dla uprawnionych podmiotów)

**4. Dokumentacja medyczna będzie wykorzystana dla celów:** *(należy wpisać znak „X” we właściwej rubryce)*

|  |
| --- |
|  |

związanych z dalszym leczeniem

|  |
| --- |
| **X** |

innych, niezwiązanych z dalszym leczeniem

|  |
| --- |
|  |

do urzędu (m. in. ZUS, KRUS, Sąd)

**5. Dokumentację medyczną wymienioną w pkt 3:** *(należy wpisać znak „X” we właściwej rubryce)*

|  |
| --- |
|  |

odbiorę osobiście

|  |
| --- |
|  |

odbierze osoba upoważniona

|  |
| --- |
|  |

otrzymam pocztą za potwierdzeniem odbioru, na adres wskazany w pkt 1.

**Zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tytułu wydania odpisu/~~kopii~~/~~wyciągu~~3 dokumentacji medycznej oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej4 zgodnie z cennikiem obowiązującym** **w PSSE w Ciechanowie**

............................................

*(data i czytelny podpis wnioskodawcy)*

**Potwierdzam odbiór odpisu/~~kopii~~/~~wyciągu~~3 dokumentacji medycznej**

1. Osoba odbierająca:

|  |
| --- |
|  |

wnioskodawca

|  |
| --- |
|  |

osoba upoważniona

...................................................

*(data i czytelny podpis odbierającego)*

2. Potwierdzam wysłanie pocztą za potwierdzeniem odbioru w dniu ..............................

........................................

*(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)*