

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. Wnioskuje 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)*

- 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)

¹ w przypadku osoby nie posiadającej numeru PESEL należy podać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; gdy wniosek składa podmiot uprawniony prosimy podać numer NIP

² wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta, z upoważnienia pacjenta lub z upoważnienia organu

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

- związanych z dalszym leczeniem
- 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~~/wyciągu³ 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~~/wyciągu³ 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)

³ niepotrzebne skreślić

⁴ jeśli dotyczy