



Załącznik nr 5 do IN-7.5(WSzZ)-04

**WNIOSK O SPORZĄDZENIE WYCIĄGU / ODPISU / KOPII / WYDRUKU*
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZECHOWYWANEJ W PORADNIACH
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU**

I. Dane wnioskodawcy:

**** Dane osoby, której dokumentacja dotyczy:**

.....
(imię i nazwisko)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(pesel)

.....
(pesel)

II. Nazwa poradni, której wniosek dotyczy:

.....

III. Zakres udostępnianej dokumentacji medycznej:

.....
(należy wskazać czy wniosek dotyczy np. dokumentacji medycznej z całego procesu leczenia / wybranego okresu leczenia / wybranych elementów dokumentacji medycznej, itp.).

IV. Cel udostępnienia dokumentacji medycznej:

- a) ubieganie się o świadczenie pieniężne z ubezpieczenia emerytalnego lub rentowego ***
- b) leczenie onkologiczne ****
- c) inny cel

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru wyciągu / odpisu / kopii* dokumentacji medycznej

Osoba odbierająca kopię:

- pacjent
- osoba upoważniona
- przedstawiciel ustawowy

.....
data

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/osoby upoważnionej

* niepotrzebne skreślić

** wypełnia się w przypadku, gdy dokumentacja medyczna dotyczy innej osoby niż wnioskodawca

*** w przypadku ubiegania się o świadczenia pieniężne z ubezpieczenia emerytalnego lub rentowego – należy wypełnić Oświadczenie zgodne z załącznikiem nr 2 do IN-7.5(WSzZ)-04

**** dotyczy wyłącznie kopii dokumentacji z leczenia onkologicznego dla pacjentów posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego