WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane wnioskodawcy:

   Imię i nazwisko .....

   Adres zamieszkania .....

   PESEL .....

   Numer telefonu kontaktowego .....

2. Dane osoby, której dokumentacja dotyczy:

   Imię i nazwisko .....

   Adres zamieszkania .....

   PESEL .....

3. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim z następującego okresu:

   od ..... do .....

4. Udostępnienie dokumentacji obejmuje:

   .....

   .....
   (należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej np. epikryza, karta informacyjna, wyniki badań, obserwacje lekarskie)

5. Wnioskuję o:

   ☐ sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem;

   ☐ wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie ROPS;

   ☐ sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie drogą elektroniczną na następujący adres e-mail .....;

   ☐ sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) na nośniku danych.

6. Dokumentację wymienioną w pkt. 3*:

   ☐ odbiorę osobiście;

   ☐ proszę przesłać za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres:

   .....

   .....

7. Wybieram następującą formę płatności*:

   ☐ gotówka;

   ☐ przelew na konto Ośrodka 72 1010 1140 0173 4322 3000 0000 (dokumentacja zostanie wysłana po zaksięgowaniu wpłaty);

   ☐ wnioskuję <u>po raz pierwszy</u> o dokumentację z danego okresu – BEZPŁATNIE.

Niniejszym zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim oraz do pokrycia ewentualnych kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z taryfą poczty.

....
(miejscowość i data) (podpis wnioskodawcy)

* zaznaczyć X we właściwym miejscu.