

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

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

.....

3. Udostępnienie dokumentacji obejmuje:

.....

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

4. Dokumentację wymienioną w pkt. 3*:

odbiorę osobiście;

proszę przesłać za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres:

.....

.....

5. Wybieram następującą formę płatności*:

gotówka;

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

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.

.....
(podpis wnioskodawcy)

* Zaznaczyć X we właściwym miejscu.

Wypełnia ROPS

Decyzja Dyrektora Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim:

Wyrażam / nie wyrażam* zgody

.....
(data, podpis i pieczęć Dyrektora)