

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- wydanie na elektronicznym nośniku danych dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego

Rodzaj dokumentacji medycznej i za jaki okres leczenia:

.....
.....
.....,

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
.....
 - numer dowodu osobistego:
.....

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPLYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację