

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 kopii dokumentacji medycznej
- ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

• nazwa oddziału / poradni / pracowni:

.....

• 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 .

.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

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).

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

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