

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Wnioskodawca :

Nazwisko

Imię

Adres zamieszkania

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Dokumentacja medyczna dotyczy (wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuję o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta)

Nazwisko

Imię

Adres zamieszkania

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Rodzaj dokumentacji medycznej z:

poradni

oddziału

całość

za okres od do

4. Wnioskuję o:

- wgląd w dokumentację medyczną wskazaną w punkcie 3, w siedzibie podmiotu udzielającym świadczenie zdrowotne;
- sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii wyżej wskazanej dokumentacji;
- wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

5. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wyszukania i wykonania kopii dokumentacji zgodnie z art. 28 Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz. U. 2017 poz. 1318 j.t.(po zmianie).

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

WYDANO

Rodzaj dokumentacji	Ilość stron / kartek	Należność
Historia choroby leczenia szpitalnego		
Historia choroby leczenia ambulatoryjnego		
Razem		

.....
data wydania kserokopii dokumentu

Tożsamość osoby wnioskującej stwierdzono na podstawie :

..... nr

.....
czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację