

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:

Wnioskuję 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 dokumentacji)

.....

.....
Data i podpis pracownika wydającego dokumentację