

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:

- poradni:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - PESEL:

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

.....

miejsowość, data

.....

podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Imię i nazwisko pracownika

Stanowisko pracownika:

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 odbioru

.....
Imię, nazwisko i podpis osoby odbierającej

Imię i nazwisko pracownika

Stanowisko pracownika:

Podpis pracownika: