



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

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:

W zakresie

- całej dokumentacji medycznej;
- dokumentacji medycznej dotyczącej okresu:
- wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj.:
 - 1)
 - 2)
 - 3)

Wnoszę o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- za pośrednictwem poczty elektronicznej
- na nośniku danych

Wnoszowaną dokumentację:

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

Oświadczam, iż

1. zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami
2. pokryję koszty przesyłki pocztowej w przypadku wysłania dokumentacji pocztą)
3. w przypadku nie odebrania zleconej do przygotowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o możliwości odbioru, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....
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:
 - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - o upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - o 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