
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 .

.....

miejsowość,

.....

data podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPLYWU:

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