

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WNIOSKODAWCA

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

NR PESEL

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

Nr telefonu kontaktowego.....

TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI (proszę podkreślić właściwe)

wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

DANE PACJENTA KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK (proszę o wypełnienie, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

NR PESEL

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

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej* (proszę podkreślić właściwe)

do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego

wydanie kserokopii

wydanie wyciągu, wydanie odpisu

do celów.....

DOKUMENTACJA DOTYCZY ŚWIADCZENIA UDZIELONEGO

w oddziale/dziale/poradni.....

w okresie (data pobytu).....

RODZAJ DOKUMENTACJI (proszę wpisać np.: historia choroby,karta informacyjna, wyniki badań laboratoryjnych,wyniki badań badań rtg - klisza, płyta CD)

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (proszę podkreślić właściwe)

dokumentację odbiorę w siedzibie podmiotu leczniczego osobiście / przez osobę upoważnioną *
z uwzględnieniem kosztów sporządzenia kserokopii.

dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres wnioskodawcy
(z uwzględnieniem pobrania kosztów sporządzenia kserokopii i kosztów przesyłki)

POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej (data i podpis osoby wydającej dokumentację)

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację stwierdzono na podstawie.....

Potwierdzam odbiór dokumentacji(data i podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego, osoby upoważnionej)