

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię: _____ Nazwisko: _____

PESEL: _____

Kod pocztowy: _____ - _____ Miejscowość: _____

Ulica: _____ nr. budynku _____ nr. mieszkania: _____

Telefon kontaktowy: _____ - _____ - _____ lub _____ - _____ - _____

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(Wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię: _____ Nazwisko: _____

PESEL: _____

Wnioskuje o:

(zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- Wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- Udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- Wydanie opisu lub wyciągu dokumentacji medycznej (oddzielny dokument sporządzony na podstawie dokumentacji)

Rodzaj dokumentacji medycznej:

Nazwa poradni: _____ Okres leczenia: _____

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji:

(zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- Wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- Wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

Wnioskowaną dokumentację:

(zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- Odbiorę osobiście
- Odbierze osoba upoważniona (z dokumentem tożsamości):

Imię: _____ Nazwisko: _____

Numer dowodu osobistego: _____

Proszę wysłać na adres e-mail:

Proszę wysłać na adres pocztowy:

Informuję, iż osoba przeze mnie upoważniona wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych. Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującym cennikiem oraz ewentualnych kosztów przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą).

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

PODPIS WNIOSKODAWCY

POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU

Data: ____ - ____ - _____

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: ____ - ____ - _____

PODPIS PRACOWNIKA

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

W dniu: ____ - ____ - _____

Naliczono opłaty w wysokości: ____ , ____ zł

Dokumentacja:

- Odebrana osobiście przez pacjenta
- Odebrana przez osobę upoważnioną:
 - Upoważnienie w karcie pacjenta
 - Upoważnienie w niniejszym wniosku
 - Odrębne pisemne upoważnienie
- Wysłana pocztą elektroniczną
- Wysłana pocztą na wskazany adres

DATA I PODPIS
PRACOWNIKA WYDAJĄCEGO DOKUMENTACJĘ

POTWIERDZENIE ODBIORU

(nie dotyczy w przypadku wysyłki drogą e-mail)

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji: _____

DATA I PODPIS
(Osoby odbierającej dokumentację)

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie: _____
(rodzaj i numer dokumentu)