



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 wnioskodawca jest inną osobą niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- do wglądu,
- poprzez sporządzenie wyciągu/ odpisu/ kopii/ wydruku/ *
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
- na informatycznym nośniku danych.

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni / pracowni / gabinetu:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

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

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Placówce,
- 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),
- 3) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....
data i podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPLYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu*:

Podpis pracownika: