



Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

CENTRUM REHABILITACJI EKOVI
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
Ul. Klasztorna 23, 42-200 Częstochowa
www.ekovita.net, info@ekovita.net

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Telefon kontaktowy.....

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy

(wypełnić w przypadku, gdy są inne niż pacjenta)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Telefon kontaktowy.....

wnioskuję o udostępnienie dokumentacji:

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

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- (nazwa poradni, pracowni, zabiegu):.....
- 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 udostępniania dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem placówki
2. pokryje koszty wysyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą)
3. w przypadku nie odebrania dokumentacji w ciągu 14 dni od zleconej usługi zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....
data i podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie wpływu:

data:.....

podpis pracownika:.....



Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

CENTRUM REHABILITACJI EKOVI
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
Ul. Klasztorna 23, 42-200 Częstochowa
www.ekovita.net, info@ekovita.net

Potwierdzenie wydania dokumentacji:

Dokumentacja :

- wysłana pocztą na adres:.....
- odebrana osobiście
- odebrana przez osobę upoważnioną :.....

Naliczono opłatę w wysokości:.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

Potwierdzenie odbioru:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację:
(rodzaj i nr dokumentu)

.....
data i podpis pracownika

* zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych oraz prawach pacjenta (Dz.U 2017 poz 1318, Dz.U 2016 poz 922)



**Wniosek o udostępnienie
dokumentacji medycznej**

CENTRUM REHABILITACJI EKOVI
Spółka z ograniczoną
odpowiedzialnością
Ul. Klasztorna 23, 42-200 Częstochowa
www.ekovita.net, info@ekovita.net