

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:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Oświadczam, iż jestem rodzicem/prawnym opiekunem dziecka

(podpis rodzica/opiekuna w przypadku wniosku o dokumentację osoby małoletniej)

.....

miejsowość, data

.....

podpis wnioskodawcy

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

• nazwa poradni:

• okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, nr dowodu osobistego lub pesel lub data urodzenia)

Dokumentacja medyczna udostępniana jest po raz: pierwszy*kolejny* (*podkreślić prawidłowe)

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....

miejsowość, data

.....

podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta.

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