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 wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko: ……

PESEL: ……

Wnioskuję o:

- ☐ **wydanie kopii dokumentacji medycznej**
- ☐ **udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni: ……
- okres leczenia: ……

Wnioskowaną dokumentację:

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

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

…….. ……..

miejscowość, data podpis wnioskodawcy

<u>POTWIERDZENIE WPŁYWU:</u>

Data: ……

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: ……

Podpis pracownika: ……..

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- ☐ wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: ……..
- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta,
- ☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: ……

……..
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

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