

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

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

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 .

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:.....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika:.....

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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