

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)

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Wnioskuję 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.

.....
miejscowość, 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