

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL (lub w przypadku braku nr PESEL data urodzenia):

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu kontaktowego:

.....

Dane Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(należy wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż Pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL (lub w przypadku braku nr PESEL data urodzenia):

.....

Adres zamieszkania:

.....

2. Wniosek dotyczy udostępnienia dokumentacji w formie:

(należy zaznaczyć „X” przy wybranym wierszu):

- Sporządzenia kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem (w tym wydruku, w przypadku dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej);
- Wglądu do dokumentacji (w tym do elektronicznej bazy danych, w przypadku dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej);
- Sporządzenia wyciągu z dokumentacji;
- Sporządzenia odpisów dokumentacji;
- Przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej *(proszę wskazać w pkt 4 adres e-mail, na który ma zostać przesłana dokumentacja)*;
- Przekazanie na informatycznym nośniku danych.

- 3. Zakres dokumentacji medycznej, której dotyczy niniejszy wniosek:** *(należy wskazać nazwę poradni lub oddziału szpitala oraz zakres czasu, którego dokumentacja dotyczy, rodzaj wyniku badania):*

.....
.....
.....

4. Forma odbioru wnioskowanej dokumentacji

(należy zaznaczyć „X” przy wybranym wierszu):

- Odbiór osobisty;
- Odbiór przez osobę upoważnioną w dokumentacji;
- Odbiór przez osobę upoważnioną, której upoważnienie załączam do niniejszego wniosku.
- Przesłanie na następujący adres e-mail:

Zostałem/łam poinformowany/na o wysokości opłaty z tytułu udostępnienia dokumentacji medycznej we wskazanej przeze mnie formie i jednocześnie zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za wydaną dokumentację.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis osoby składającej wniosek

.....

Czytelny podpis Pracownika przyjmującego wniosek

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

.....

Czytelny podpis Pracownika wydającego dokumentację