

WNIOSEK

O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskodawca.....

imię i nazwisko, PESEL, telefon kontaktowy

.....
dokładny adres zamieszkania

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy lub z upoważnienia pacjenta)

.....
imię i nazwisko, PESEL, telefon kontaktowy

.....
(dokładny adres zamieszkania)

Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej (zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce)::

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego.
- wydanie kserokopii,
- wydanie wyciągu,
- wydanie odpisu,
- wydanie na elektronicznym nośniku danych

Dokumentacja medyczna dotyczy leczenia w:.....

Zakres dokumentacji (np. historia choroby, karta informacyjna, inne, zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce):.....

- za okres od dniado dnia.....
- całej dokumentacji medycznej

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem, ustalonym na podstawie art. 28 ust.4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Dokumentację wymienioną (zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce):

- Odbiorę osobiście
- odbierze przedstawiciel ustawowy/osoba upoważniona: imię i nazwisko
.....
- proszę przesłać na adres podany jw.

.....
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)

Nr rejestru

Potwierdzenie odbioru kopii dokumentacji medycznej

.....
data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację medyczną

.....
data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną

W przypadku dokumentacji wysłanej pocztą :.....
Data wysłania, Ldz. , podpis osoby wysyłającej