

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Rabka-Zdrój, dnia.....

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko PESEL:

Adres: tel:.....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- wydanie kserokopii
- wydanie wyciągu
- wydanie odpisu

do celów:

(Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko PESEL:

Adres.....

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: (proszę podać nazwę poradni/komórki organizacyjnej oraz okres leczenia)

.....

w okresie.....

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- dokumentację odbiorę osobiście / przez osobę upoważnioną*) w siedzibie podmiotu leczniczego
- dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt. 1 *), za pobraniem*) (obejmującym koszt sporządzenia kopii i koszty przesyłki wg. Stawek Poczty Polskiej.)

5. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem na odwrocie niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

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

5. POTWIERDZENIEWYDANIA WNIOSKU

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

*** niepotrzebne proszę skreślić**

