

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Data złożenia wniosku

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres:

tel:.....

Nr dowodu osobistego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- wydanie kserokopii
- wydanie wyciągu
- wydanie odpisu
- wydanie wydruku
- wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, który zobowiązuję zwrócić do dnia.....
- wydanie informatycznego nośnika danych

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:

tel:.....

3. 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 (upoważnienie stanowi załącznik do dokumentacji medycznej pacjenta)

4. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: (proszę podać nazwę poradni/komórki organizacyjnej, okres leczenia oraz zakres udostępnionej dokumentacji medycznej)

.....
.....w okresie od do

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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

- dokumentację odbiorę osobiście,
- dokumentację odbierze osoba upoważniona,
- 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).

6. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem do 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) (Dyrektor)

7. POTWIERDZENIE WYDANIA WNIOSKU

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

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