

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:

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o wydanie kopii dokumentacji medycznej

Wnioskowaną dokumentację (zaznaczyć odpowiednie):

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ wysłać na adres email:
- ☐ odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Jeśli dokumentacja dotyczy osoby małoletniej oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta.

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- ☐ wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta,
- ☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - ☐ upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - ☐ upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - ☐ odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

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