

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:

Forma udostępnienia dokumentacji :

- ☐ kopia dokumentacji medycznej
- ☐ do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- ☐ wersja elektroniczna (e-mail, pendrive)
- ☐ wydanie oryginału (za potwierdzeniem odbioru i zobowiązaniem do zwrotu – uprawnione organy publiczne)

Zakres dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału :
- okres leczenia:

Sposób odbioru:

- ☐ odbiór osobisty
- ☐ wysyłka pocztą na adres:
- ☐ elektronicznie na adres e-mail:
- ☐ odbiór przez osobę upoważnioną:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
data i podpis **WNIOSKODAWCY**
lub **PRACOWNIKA** przyjmującego wniosek

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI (wypełnia pracownik)

Dokumentacja:

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

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i podpis pracownika **WYDAJĄCEGO**
dokumentację medyczną

POTWIERDZENIE ODBIORU:

- ☐ Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną została zweryfikowana na podstawie dokumentu potwierdzającego tożsamość.
- ☐ Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej zgodnie ze złożonym wnioskiem.

.....
data i podpis pracownika **WYDAJĄCEGO**
dokumentację medyczną

.....
data i podpis osoby **ODBIERAJĄCEJ**
dokumentację medyczną