

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:

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni:
- okres leczenia:

Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii/odpisu/wydruku dokumentacji medycznej*
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać pocztą elektroniczną
- odbierze osoba upoważniona o następujących danych osobowych:

– imię i nazwisko:

– numer dowodu osobistego/paszportu/prawa jazdy/innego dokumentu*:
.....

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Poliklinice Ginekologiczno-Położniczej Sp. z o.o. Sp. k. oraz Poliklinice Arciszewscy Sp. z o.o.,
- 2) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

**właściwe podkreślić*

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja została:

- wysłana pocztą na wskazany adres e-mail,
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta wskazaną we wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej;
Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona została na podstawie wskazanego we wniosku dokumentu tożsamości o numerze:

.....

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

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

**właściwe podkreślić*