

WNIOSEK O UDOŚTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (podać w przypadku braku numeru pesel):

.....

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o: (właściwie zaznaczyć)

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Ośrodka
- wydanie w innej formie, np. odpisu, wyciągu itp.

Rodzaj dokumentacji medycznej:

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

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- proszę wysłać na adres e-mail:
- odbierze osoba upoważniona:

imię i nazwisko

pesel lub w przypadku jego braku - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

.....

.....

Data i czytelny podpis Wnioskującego o wydanie dokumentacji

Data wpływu wniosku:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

Potwierdzam tożsamość osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

.....

Data i czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek

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*).

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację osobiście potwierdzona na podstawie:

.....

(rodzaj i numer dokumentu)

.....

data i czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....

data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację