



ALLMEDICA Lublin Sp. z o.o.
ul. Tetmajera 21
20-362 Lublin

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Seria i numer dowodu (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:

Seria i numer dowodu (podać w przypadku braku numeru pesel):
.....

Wnioskuje o: (właściwe 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 numer dowodu osobistego:
.....

.....
data i czytelny podpis Wnioskującego o wydanie dokumentacji



Data wpływu wniosku:.....

Uzgodniony termin udostępnienia:

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