



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

REQUEST FOR DISCLOSURE OF MEDICAL RECORDS

Personal data of the entity requesting for disclosure:

Name and surname:

PESEL number:

Type and series of ID (in case of lack of PESEL number):
.....

Contact details – phone number:.....

Personal data of the patient, whose medical record is requested (in case the entity requesting is not a patient – remember to attach an authority confirmation):

Name and surname:

PESEL number:

Type and series of ID (in case of lack of PESEL number):
.....

I hereby request for: (please mark desired option)

- provision of a copy of the whole medical record.
- access to medical records in headquarters of ALLMEDICA Lublin.
- provision in other form, i.e. partial copy of the record (please, specify below):
.....

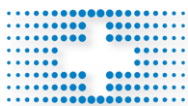
Medical record that is requested:

- concerning medical care provided in department / clinic division:
.....
- concerning medical care provided within the following time scope:
.....

Requested medical record:

- I shall pick up personally.
- shall be send to the following address:
.....
- shall be send to the following electronic mail address:
.....
- shall be picked up by an authorised person:
Name and surname:
PESEL number or type and series of ID (in case of lack of PESEL number):
.....

.....
date and signature of an entity who requests disclosure



Data wpływu wniosku / Date of submission:.....

Uzgodniony termin udostępnienia / Agreed term of disclosure:

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 / CONFIRMATION OF PICKUP:

I hereby confirm that I have received requested documentation.

.....
date and signature of an entity who picked up requested record