

Wniosek o Udostępnienie Dokumentacji Medycznej

Wnioskodawca:

- Imię i nazwisko pacjenta: _____
- PESEL: _____
- Numer dowodu tożsamości: _____
- Adres zamieszkania: _____
- Telefon kontaktowy: _____

Osoba upoważniona (jeśli dotyczy):

- Imię i nazwisko: _____
- Numer dowodu tożsamości: _____
- Upoważnienie z dnia: _____
- Telefon kontaktowy: _____

Wniosek:

Proszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej / dokumentacji medycznej pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym lub osobą upoważnioną, dotyczącej:

- Okres leczenia: _____
- Oddział / Poradnia: _____
- Rodzaj dokumentacji (np. historia choroby, wyniki badań): _____

Forma udostępnienia dokumentacji:

- Sporządzenie kopii dokumentacji
- Sporządzenie odpisu / wyciągu
- Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu
- Wydanie oryginału dokumentacji (dla organów uprawnionych)

Forma odbioru dokumentacji:

- Odbiór osobisty
- Przesłanie pocztą na adres: _____
- Odbiór przez osobę upoważnioną (dane osoby upoważnionej):

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Numer dowodu tożsamości: _____

Oświadczenie:

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o zasadach udostępniania dokumentacji medycznej oraz odpłatności za jej udostępnienie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

.....

(podpis pacjenta / przedstawiciela) (data)

Dla wewnętrznego użytku:

Data wpływu wniosku: _____

Data udostępnienia dokumentacji: _____

Imię i nazwisko osoby wydającej dokumentację: _____

Podpis osoby wydającej: _____

Podpis odbierającego dokumentację: _____