



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
prosimy uzupełnić drukowanymi literami i w polach wyboru zaznaczyć X

I. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Numer telefonu kontaktowego

II. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(prosimy wypełnić w przypadku, gdy wnioskującym jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko

PESEL

Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- rodzaj odbytej wizyty.....
- okres leczenia

Odbiór dokumentacji medycznej:

- odbiór osobisty
- proszę wysłać na adres
- proszę wysłać na adres email i numer telefonu do kodu sms
.....
- odbierze osoba upoważniona:

Imię i nazwisko

Pesel

1. Zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej.
2. Pokryję koszty przesyłki pocztowej w przypadku wysłania dokumentacji pocztą
3. 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



POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dokumentacja medyczna została:

- odebrana osobiście przez pacjenta
- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu
- wysłana na wskazany adres email w dniu
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
- upoważnienie w niniejszym wniosku
- upoważnienie w dokumentacji medycznej

Naliczono opłatę za wydanie dokumentacji medycznej w wysokości

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie dokumentu tożsamości (do wglądu)

.....

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację