

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____

Numer telefonu kontaktowego: _____

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

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

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej: _____

Procedura: _____

Okres leczenia: _____

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: _____

- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko: _____
 - numer dowodu osobistego: _____

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: _____

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: _____

Podpis pracownika: _____

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).

data i podpis pracownika
wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

data i podpis pracownika
wydającego dokumentację