

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Numer telefonu kontaktowego:.....

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Wnioskuje o:

- ☐ wydanie dokumentacji medycznej
- ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

nazwa poradni: **NZPOZ Medico Lotnicza Adam Gronowski**

okres leczenia (od...do...):.....

Wnioskowaną dokumentację:

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ proszę wysłać na adres:
- ☐ odbierze osoba upoważniona:

- imię i nazwisko:

- rodzaj i numer dokumentu tożsamości:

Oświadczam, że zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis wnioskodawcy

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)

Naliczono opłaty w wysokości:.....

.....
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 tożsamości)

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację