

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko : _____

PESEL: _____

Adres /Nazwa Podmiotu (pieczętka)*: _____

Telefon: _____

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji (właściwe pole należy zakreślić krzyżykiem)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawyowy pacjenta¹
- wniosek składa osoba wskazana przez pacjenta w pisemnym upoważnieniu²
- wniosek składa lekarz /kierownik* Podmiotu zapewniającego ciągłość świadczeń zdrowotnych

Dane pacjenta, którego udostępniana dokumentacja dotyczy

Imię i nazwisko: _____ PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania: _____

Określenie zakresu udostępnianej dokumentacji:

Forma udostępnienia dokumentacji (właściwe pole należy zakreślić krzyżykiem)

- kopia wgląd inna:

Sposób udostępnienia dokumentacji (właściwe pole należy zakreślić krzyżykiem)

- odbiór osobisty / wgląd* odbiór przez osobę upoważnioną³
- wysłanie listem poleconym na adres:

- *Upředzony o odpowiedzialności z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, iż zostałem upoważniony przez wskazanego powyżej pacjenta do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby, co potwierdzam własnoręcznym podpisem - dotyczy osoby upoważnionej*
- *W celu umożliwienia realizacji niniejszego wniosku wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.) - dotyczy osoby fizycznej*

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji

Dokumentację medyczną (strony od.....do.....); ilość stron)
udostępniono / wysłano* w dniu.....

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis i pieczętka osoby wydającej/ przesyłającej

Potwierdzenie osobistego udostępnienia dokumentacji (nie należy wypełniać w przypadku wysyłki listem poleconym)

Potwierdzam osobisty odbiór kopii / wgląd do* dokumentacji medycznej w dniu:.....

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uprawnionej osoby odbierającej

W przypadku wysłania dokumentacji listem poleconym potwierdzenie odbioru stanowi załącznik do wniosku.

**niepotrzebne skreślić*

1,2,3 - konieczne załączenie, do niniejszego wniosku, dokumentu potwierdzającego uprawnienia lub jego kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem, jeżeli dokumenty te nie zostały uprzednio załączone do dokumentacji medycznej pacjenta