

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko.....

PESEL

Tel.

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko.....

PESEL

Wnioskuje o:

- Wydanie kopii dokumentacji medycznej (za okres:)
- Udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Proszę o przekazanie informacji w następujący sposób:

- odbiór osobisty
- w formie papierowej (pocztą w opcji „do rąk własnych”) na adres:
- drogą elektroniczną (w postaci skanu dokumentów zabezpieczonych hasłem) na adres e-mail:
- odbierze osoba upoważniona:
- imię i nazwisko
- numer dowodu osobistego:

.....
Data i podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

Sposób wydania dokumentacji:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- wysłano e-mailem w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta

Naliczono opłaty w wysokości:

POTWIERDZENIE ODBIORU OSOBISTEGO:

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:

.....