

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Email:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko: PESEL:

Wnioskuje o: (zaznacz właściwe)

- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- sporządzenie i wydanie odpisu dokumentacji medycznej

Rodzaj dokumentacji medycznej: (zaznacz właściwe)

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Karta zdrowia i choroby | <input type="checkbox"/> Zdjęcia RTG | <input type="checkbox"/> Fotografie |
| <input type="checkbox"/> Modele diagnostyczne | <input type="checkbox"/> Skan 3D | <input type="checkbox"/> Zgody i pozostałe dokumenty |

Wnioskowaną dokumentację: (zaznacz właściwe)

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:
- proszę o przesłanie na adres mailowy: (wpisz wyraźnie)

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPLYWU WNIOSKU:

Data: Uzgodniony termin odbioru / udostępnienia do wglądu:

.....
podpis osoby przyjmującej wniosek

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - o upoważnienie w niniejszym wniosku,
- dokumentacja przesłana na wskazany adres mailowy

.....
data i podpis osoby wydającej dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU W PRZYPADKU 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 osoby wydającej dokumentację