

....., dnia

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL nr tel.

2. Dokumentacja medyczna dotyczy *

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL nr tel.

3. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, wyniki badań – podać jakich)

4. Wnioskuje o:

- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt 3** w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt 3 ** i zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentu zgodnie z cennikiem obowiązującym w Podmiocie oraz koszty przesyłki (za pobraniem)
- na informatycznym nośniku danych

5. Dokumentację wymienioną w pkt 3**

- odbiorę osobiście
- proszę przesłać na adres j.w.

* wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

** niepotrzebne skreślić

WYDANO

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie :

..... nr

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości zł. nr paragonu z dnia*

3. Wystawiono fakturę/ paragon nr z dnia*

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

4. Wysłano listem poleconym nr nadawczy dnia*

.....
(czytelny podpis pracownika wydającej dokumentację)

* niepotrzebne skreślić