



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskodawca.....

imię i nazwisko, PESEL, telefon kontaktowy

dokładny adres zamieszkania

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawy lub z upoważnienia pacjenta)

imię i nazwisko, PESEL, telefon kontaktowy

dokładny adres zamieszkania

Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej (zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce):

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego.
- wydanie kserokopii,
- wydanie wyciągu,
- wydanie odpisu,
- wydanie na elektronicznym nośniku danych

Dokumentacja medyczna dotyczy leczenia w:

Zakres dokumentacji (np. historia choroby, karta informacyjna, inne)

- za okres od dnia do dnia.....
- całej dokumentacji medycznej

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem, ustalonym na podstawie art. 28 ust.4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Dokumentację wymienioną (zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce):

- Odbiorę osobiście
- odbierze przedstawiciel ustawy/osoba upoważniona: imię i nazwisko
- proszę przesłać na adres

(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek) (data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)

Nr rejestru

Potwierdzenie odbioru kopii dokumentacji medycznej

data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację medyczną data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną

W przypadku dokumentacji wysłanej pocztą :.....

Data wysłania, Ldz. , podpis osoby wysyłającej