

WNOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Rodzaj uprawnienia:

(rodzic/przedstawiciel ustawowy/osoba upoważniona przez pacjenta)

Numer telefonu kontaktowego:

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 w zakresie

(całość/zach/pedod/chir/ort/prot/perio/RTG)

za okres

☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w zakresie

(całość/zach/pedod/chir/ort/prot/perio/RTG)

za okres.....

Wnioskowaną dokumentację:

☐ odbiorę osobiście

☐ proszę wysłać na adres:

☐ odbierze osoba upoważniona:

– imię i nazwisko:

– PESEL:

☐ elektronicznie (e-mail):

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

☐ wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:

☐ odebrana osobiście przez pacjenta,

☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:

○ upoważnienie w dokumentacji medycznej,

○ upoważnienie w niniejszym wniosku,

○ odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku)

☐ inny sposób (e-mail zaszyfrowany)

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację