



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wniosek proszę wypełnić drukowanymi literami

Osoba wnioskująca o udostępnienie dokumentacji:

- pacjent przedstawiciel ustawowy osoba upoważniona przez pacjenta

Dane osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko:

PESEL:.....

Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej;
 udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu;
 sporządzenie odpisu/wyciągu/wydruku dokumentacji medycznej¹;

Zakres dokumentacji i okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
 proszę wysłać na adres (stacjonarny/e-mail):
.....
 odbierze osoba upoważniona:
– imię i nazwisko:
– numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż:

- Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku wyboru doręczenia drogą e-mail, dokumentacja jest przekazywana w postaci zaszyfrowanej - zabezpieczona hasłem, które otrzymam na wskazany przeze mnie numer telefonu:
- Zostałem/am także poinformowany/a, że z uwagi na zakres dokumentacji (rozmiar pliku), jej przesłanie drogą e-mail może nie być możliwe i wymagany będzie odbiór osobisty, o czym zostaną poinformowany/a na wskazany przeze mnie powyżej numer telefonu.

.....
data
czytelny podpis przyjmującego wniosek

.....
miejsowość, data
czytelny podpis wnioskodawcy

¹ Objasnienia:

- wyciąg – skrótowy tekst zawierający najważniejsze dane z całości lub jego część, potwierdzone za zgodność z oryginałem;
- odpis – kopia lub przepisany tekst oryginalnego dokumentu, potwierdzona za zgodność z oryginałem;
- kserokopia – czysta kopia tekstu lub rysunku wykonana za pomocą kserokopiarki, bez potwierdzenia za zgodność z oryginałem.