

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Wnioskuje o udostępnienie kserokopii*/ wyciągu*/ odpisu* dokumentacji medycznej dotyczącej:

- mnie *
- osoby, której jestem prawnym opiekunem *
- posiadam upoważnienie od prawnego opiekuna *
- posiadam upoważnienie od pacjenta *

Dokumentacja wydawana jest tylko wnioskodawcy. Wnioskodawca pracownikowi rejestracji: jest znany osobiście*, przedstawił dowód tożsamości seria numer.....*, dołączył upoważnienie od pacjenta nr.....*

podpis pracownika rejestracji

2. Dane WNIOSKODAWCY

Imię i Nazwisko PESEL

Adres zamieszkania Tel

.....
(podpis wnioskodawcy)

3. Dane PACJENTA, którego dotyczy wniosek

Imię i Nazwisko PESEL

4. Dane poradni i rodzaj dokumentacji

Nazwa Poradni dokumentacja badania

z okresu od do

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (Dz. U z 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm). oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Kopia, wyciąg, odpis dokumentacji medycznej są płatne według REGULAMINU UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PROWADZONEJ, PRZECHOWYWANEJ i ARCHIWIZOWANEJ w „MEDYCYNIE GRABIENIEC” SP. Z O.O.

Czas oczekiwania na kopię 1-3 dni.

.....
(podpis wnioskodawcy)

5. Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór / kserokopii*/ wyciągu*/ odpisu*/ dokumentacji medycznej w ilości stron.

w dniu

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

* niepotrzebne skreślić