

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Pacjenta:

nr PESEL / data urodzenia:

*w przypadku, gdy osobą składającą wniosek jest osoba inna niż Pacjent (osoba upoważniona lub opiekun):

Imię i nazwisko:

Nr PESEL / data urodzenia:

Forma dokumentacji:	☐ kopia	☐ wyciąg/odpis/ wydruk	
Nośnik:	☐ wersja papierowa	☐ płyta CD	☐ wersja elektroniczna (e – mail)
Zakres dokumentacji:	☐ całość	☐ wybrany zakres:	

.....
.....
.....
(należy podać dodatkowe informacje co do formy oraz zakresu, np. zakres dat)

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz że pokryję w całości ewentualny koszt kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
podpis wnioskodawcy

.....
podpis osoby uprawnionej do przyjęcia wniosku

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór kserokopii*/wyciągu*/wgląd* w dokumentację medyczną w dniu

☐ Wydanie pierwszej kopii☐ Naliczono opłaty w wysokości:

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

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

•niepotrzebne skreślić