

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
(PROSZĘ WYPEŁNIAĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI)

Paśłek, dn. 20..... r.

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko PESEL

Adres: tel.:

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego

wydanie kserokopii

wydanie wyciągu

wydanie odpisu

do celów.....

(Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko PESEL

Adres: tel.:

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

wniosek składa opiekun faktyczny pacjenta

wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA:

(proszę podać nazwę poradni/komórki organizacyjnej oraz okres leczenia)

..... w okresie

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

dokumentację odbiorę osobiście / przez osobę upoważnioną*) w siedzibie podmiotu leczniczego

.....
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

5. POTWIERDZENIE WYDANIA WNIOSKU:

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

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

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

*) niepotrzebne proszę skreślić