

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ/ZASWIADCZENIA*

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYDANIE DOKUMENTACJI:

Imię i nazwisko PESEL /Paszport** _____

Adres zamieszkania.....

Numer telefonu ____ _

Adres e-mail:.....

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY: *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko PESEL /Paszport** _____

Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- do wglądu
- poprzez sporządzenie kopii w formie papierowej
- na informatycznym nośniku danych

Rodzaj i zakres dokumentacji medycznej:

- historia choroby
- kopia wyników badań.....
- nazwa poradni.....
- okres leczenia.....

Wnioskuje o wydanie zaświadczenia:

- Cel zaświadczenia.....
-
-

Informacje, które powinny znaleźć się w zaświadczeniu:

1.
2.
3.
4.

Kopię dokumentacji medycznej/zaświadczenie odbiorę:

- osobiście
- przez osobę upoważnioną:
 - imię i nazwisko.....
 - numer dowodu osobistego.....
- proszę wysłać na adres

Data złożenia wniosku: ____ _

Uzgodniony termin odbioru/wysyłki/ udostępnienia do wglądu: ____ _

.....
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(czytelny podpis osoby składającej wniosek)

Potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej

- odbiór osobisty przez pacjenta (data i podpis pacjenta).....
- odbiór przez osobę upoważnioną (data i podpis upoważnionego).....
- wysyłka pocztą tradycyjną/elektroniczną* na wskazany adres w dniu: ____ _

.....
(podpis osoby udostępniającej dokumentację medyczną)

* niewłaściwie skreślił

** w sytuacji braku numeru PESEL

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (Dz. U. z 2012r. Nr 159 z późn. zm.)