

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WNIOSKODAWCA: PACJENT PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY UPOWAŻNIONY
 OSOBA BLISKA (PO ŚMIERCI PACJENTA) INNY

IMIĘ

NAZWISKO

ADRES

NR TEL

DANE PACJENTA, KTÓREGO WNIOSEK DOTYCZY

IMIĘ

NAZWISKO

ADRES

PESEL (DATA URODZENIA)

SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- do wglądu wydanie wyciągu, odpisu, wydruku, kserokopii
 wykonanie zdjęcia sporządzenie notatki
 wydanie na informatycznym nośniku danych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
 inne

ZAKRES DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

NAZWA ODDZIAŁU/PORADNI

DATA POBYTU/LECZENIA/BADANIA

RODZAJ DOKUMENTACJI (np. historia choroby, karta informacyjna, wynik badania)

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- OSOBIŚCIE PRZESYŁKA POCZTOWA ADRES ELEKTRONICZNY

OPŁATY

- oświadczam, że o powyższą dokumentację medyczną wnioskuję po raz pierwszy, w związku z czym jako pacjentowi /przedstawicielowi ustawowemu/ upoważnionemu przysługuje mi zwolnienie z opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej
 zobowiązuję się do zapłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w wysokości ustalonej zgodnie z Cennikiem Szpitala

DATA I PODPIS WNIOSKODAWCY

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Data i podpis osoby, której udostępniono dokumentację

Data i podpis pracownika, który udostępnił dokumentację

UWAGI