

WNIOSK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu kontaktowego	

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy <i>(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)</i>	
Imię i nazwisko	
PESEL	

Wnioskuję o wydanie kopii dokumentacji medycznej

Rodzaj dokumentacji medycznej	
Specjalista/ konsultacja/ badanie	
Za okres/ z dnia	

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres (Poczta tradycyjna):
- *Uwaga! Opłata za wydanie dokumentacji medycznej archiwalnej wynosi 0,30zł/str + wysyłka Poczta Polska 8,00zł (dokumentacja medyczna bezpośrednio po wizycie wydawana jest bezpłatnie)
- odbierze osoba upoważniona:
 - Imię i nazwisko:
 - Numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: Uzgodniony termin odbioru / wysyłki:

Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - o upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - o odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
Data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

.....
(rodzaj i numer dokumentu)

.....
Data i podpis pracownika wydającego dokumentację