

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
(data, miejsce)

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji medycznej:

.....
(imię, nazwisko)

.....
(adres miejsca zamieszkania)

.....
(telefon)

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdrowie”
ul. Dworcowa 20, 63-940 Bojanowo

Na podstawie art. 28 ust. 2a Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 150 z późn. zm) **wnioskuję o:**

- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**
- wydanie kopii / oryginału¹ dokumentacji medycznej**

Pacjent, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni, gdzie udzielono świadczenia medycznego:
.....
- okres leczenia od do.....

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres poczty elektronicznej:.....
- proszę przesłać w formie papierowej na wskazany adres listem poleconym:

.....
 odbierze osoba upoważniona:

– imię i nazwisko:

– numer dowodu osobistego/PESEL:

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

Własnoręczny i czytelny podpis Wnioskodawcy:
(imię i nazwisko)

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika:

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dn. nr przesyłki.....
- wysłana mailowo w dn. z adresu mailowego
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - 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