

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Wnioskodawca:

NAZWISKO, IMIĘ:

ADRES ZAMIESZKANIA:

NUMER TELEFONU.....

PESEL:

2. Dokumentacja medyczna dotyczy: *(wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta)*

NAZWISKO, IMIĘ:

ADRES ZAMIESZKANIA:

PESEL:

3. Rodzaj dokumentacji medycznej (zakres/nazwa poradni/data/zakres stron):

.....

4. Wnioskuje o:

- A. wgląd do dokumentacji medycznej
- B. sporządzenie wyciągów, odpisów z dokumentacji medycznej
- C. sporządzenie kserokopii lub wydruku dokumentacji medycznej
- D. wydanie zapisu z dokumentacji medycznej na nośniku elektronicznym
- E. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, na adres e-mail:
- F. wydanie oryginału skierowania do poradni specjalistycznej (w przypadku skreślenia świadczeniobiorcy z listy oczekujących w wyniku rezygnacji z udzielenia świadczenia)
- G. wydanie oryginału WYŁĄCZNIE w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

.....

Akceptacja osoby upoważnionej do udostępniania dokumentacji medycznej:

.....

ADNOTACJA O WYDANIU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wydano i opłacono następującą dokumentacją medyczną:

Rodzaj dokumentacji	Ilość stron/sztuk	Wysokość pobranej opłaty

Data i czytelny podpis osoby udostępniającą dokumentację medyczną

.....

Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną

.....