

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL Seria i nr dokumentu tożsamości

Numer telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy: (dane pacjenta)

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (nazwa oddziału / poradni, data hospitalizacji / data wizyty):

.....

.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej: (zaznaczyć X we właściwej rubryce)

Historia choroby Karta informacyjna (wypis) Płyta RTG Płyta TK Płyta MRI Wyniki badań

Inne,

5. Upoważniam* / nie upoważniam* do odebrania mojej dokumentacji medycznej**:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL Seria i nr dokumentu tożsamości

Numer telefonu kontaktowego

6. Dokumentacje wymienioną w pkt. 3: (zaznaczyć X we właściwej rubryce)

Odbiorę osobiście Odbierze osoba upoważniona Proszę przesłać na wskazany adres w pkt 1***

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

* Niewłaściwie skreślić.

** Jeżeli Wnioskodawca jest osobą upoważnioną do odbioru dokumentacji medycznej przez pacjenta, pkt 5 nie ma zastosowania.

*** Do przesyłki zostanie doliczony koszt przesyłki wg cennika pocztowego.

CZĘŚĆ II (wypełnia pracownik)

Wydano:

1. Data wydania dokumentu tożsamości:
2. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:
..... Seria i nr dokumentu tożsamości
/ podać nazwę dokumentu tożsamości /
3. Wysłano listem poleconym nr nadawczydnia
4. Nie udostępniono dokumentacji medycznej z powodu
5. Pobrano opłatę w wysokości***** zł.

.....
Data i czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację