

Zabrze, dn. _____

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko

PESEL: _____

Adres zamieszkania:

Nr telefonu: _____ - _____ - _____

Dane Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko

PESEL: _____

Wnioskuje o wydanie dokumentacji w formie:

- kserokopii,
- odpisu,
- do wglądu,
- kopii na elektronicznym nośniku danych
- przesłanego skanu na adres e-mailowy
 - w całości
 - w części

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - PESEL: _____

*Oświadczam, że rozumiem, iż udostępnienie dokumentacji jest odpłatne, a w razie przesłania dokumentacji drogą pocztową poniosę koszt przesyłki w kwocie odpowiadającej cenie przesyłki ustalonej przez operatora pocztowego.

.....
data i podpis osoby wnioskującej

Potwierdzenie wpływu wniosku dn.

Potwierdzenie wydania dokumentacji

Dokumentacja została:

- Odebrana osobiście przez Pacjenta
- Wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- Odebrana przez osobę upoważnioną przez Pacjenta
- Dokumentację medyczną udostępniono do wglądu dnia.....

Data i podpis Pracownika wydającego dokumentację:

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

Rodzaj i numer dokumentu: