

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres zamieszkania:
Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko:
PESEL:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej w wersji papierowej
- wydanie kopii dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej na CD
- wydanie kopii dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej, zaszyfrowanie i przesłanie na adres email
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie Poradni
- wydanie kopii wyników badań

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni / pracowni:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- zaszyfrowaną formę elektroniczną proszę przesłać na adres e-mail (drukowane litery)

Proszę podać nr telefonu/ do przesłania kodu odblokowującego zaszyfrowaną dokumentację

- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru udostępnienia / wglądu:

Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta,
- wysłana pocztą na wskazany adres
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
- 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

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

Wysłano listem poleconym:

Nr nadawczy.....

dnia
(czytelny podpis pracownika wysyłającego dokumentację)

Wysłano e-mailem:

Adres skrzynki nadawczej

Na nr telefonu podany we wniosku przesłano hasło

data.....
(czytelny podpis pracownika wysyłającego dokumentację)