

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:

Wnioskowana forma udostępnienia dokumentacji medycznej:

Wgląd do dokumentacji w placówce CM Medyk

Wyciąg, odpis, kopia, wydruk

Za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej:

Adres e-mail:

Dokumentacja medyczna z

.....

(nazwa poradni / pracowni/ imię i nazwisko lekarza)

Dokumentacja za okres

Wnioskowaną dokumentację:

odbiorę osobiście

odbiorę za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

odbierze osoba upoważniona:

Imię i nazwisko: PESEL:

Poniosę koszty wykonania: wyciągu, odpisu, kopii dokumentacji medycznej lub wyciągu, odpisu, kopii dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych w wysokości obliczonej na podstawie art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

.....
Data (DD-MM-RRRR)

.....
czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej

.....
Data (DD-MM-RRRR)

.....
czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek

Ja, niżej podpisany **POTWIERDZAM** odbiór powyższej dokumentacji medycznej

.....
Data (DD-MM-RRRR)

.....
czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej