

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Ja, niżej podpisany (-a), legitymujący (-a) się dowodem osobistym nr.....
zwracam się z prośbą o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji
medycznej/udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu* mojej historii choroby/
historii choroby dziecka/ karty szczepień dziecka*)

.....
(imię i nazwisko dziecka, PESEL)

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni / pracowni:
- okres leczenia:

Znajdującej się w Państwa posiadaniu oraz upoważniam / nie upoważniam nikogo*

.....
(imię i nazwisko)

Legitymującego (-ą) się dowodem osobistym nr
wydanym przez.....
do odbioru w/w dokumentacji.

.....
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)

.....
(data i czytelny podpis osoby sporządzającej kopię dokumentacji medycznej)

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany(-a) legitymując się dowodem osobistym nr
Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej.

.....
(data i czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację)

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

*) niepotrzebne skreślić

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- 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