

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta:

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko:

Adres:

Nr PESEL:

Nr telefonu kontaktowego:

Dane osoby wnioskującej o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko:

Adres:

Nr PESEL:

Nr telefonu kontaktowego:

Ja niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym **seria i numer**
wnioskuję o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej:

z Oddziału Kliniki/ Poradni/ Izby Przyjęć (podkreślić właściwą jednostkę)

.....
(nazwa jednostki)

z okresu (dla pojedynczej wizyty wpisać konkretną datę),

w postaci (zaznaczyć właściwe):

- karta informacyjna (wypis z Kliniki lub Izby Przyjęć)
- pełna historia choroby
- opis operacji
- wynik badania
(nazwa badania)
- inna (określić jaka)

Oświadczam, że dokumentację medyczną pobieram po raz pierwszy:

- tak nie

Deklaruję następującą formę odbioru dokumentacji medycznej (zaznaczyć właściwe):

- odbiór osobisty
 przekazanie listem poleconym z doliczeniem kosztów przesyłki
 odbiór przez osobę upoważnioną

.....
(czytelny podpis)

**Deklaracja osoby upoważnionej przez pacjenta do odbioru dokumentacji
medycznej**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, że jestem upoważniony/a przez wskazanego powyżej pacjenta do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby/ jestem przedstawicielem/ką ustawowym pacjenta, o którego dokumentację wnoszę*.

.....
(czytelny podpis)

*) zaznaczyć właściwe

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/podpisana, upoważniam Pana/Panią.....
zamieszkałego/zamieszkałą.....legitymującego/legitymującą się
dowodem osobistym, seria i numer do odbioru dokumentacji medycznej
dotyczącej mojej osoby.

.....
(czytelny podpis)

Odebrano:

Data:.....

Podpis:.....