

**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:

W imieniu własnym* / w imieniu pacjenta* (niepotrzebne skreślić) wnioskuję o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej,
- wydanie Karty Informacyjnej z Leczenia Szpitalnego z Oddziału:
.....
- inne (wymienić)
.....

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni:
- okres leczenia:
- o powyższą dokumentację wnioskuję pierwszy raz / kolejny raz (niepotrzebne skreślić)

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- proszę wysłać za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej:.....
.....

w przypadku przesłania dokumentacji listem poleconym, wnioskodawca ma świadomość, że przesyłka zgodnie z przepisami prawa pocztowego może być doręczona dorosłemu domownikowi (a więc może trafić do innych rąk, niż osoba upoważniona do dostępu do dokumentacji medycznej) i mimo to na taką formę doręczeń się godzi.

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania (kolejnej) kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz w przypadku przesyłki pocztowej poniesienia jej kosztów zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

.....
miejsowość, data.....
podpis wnioskodawcyPotwierdzam odbiór dokumentacji medycznej :
data.....
podpis wnioskodawcy