



Nr wniosku

Dnia

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko PESEL

Adres tel:.....

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja
DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres tel:.....

2. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA W: (proszę podać nazwę/y poradni)

.....
PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- całość dokumentacji dotyczącej leczenia
- dokumentacja z ostatniej wizyty
- dokumentacja za okres od do

W FORMIE:

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- wydanie wyciągu
- wydanie kserokopii
- wydanie odpisu

3. PODSTAWA PRAWNA DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta

4. OŚWIADCZAM, ŻE WNIOSKUJE O WYDANIE DOKUMENTACJI

(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- po raz pierwszy we wnioskowanym zakresie
- ponownie o ten sam zakres
- po raz pierwszy w zakresie od dnia

5. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- dokumentację odbiorę osobiście
- upoważniam
dowód osobisty nr do odbioru kopii dokumentacji.

6. ZOBOWIĄZUJĘ się do odebrania wnioskowanej dokumentacji w terminie do 30 dni od daty złożenia wniosku. Przyjmuję do wiadomości, iż po tym terminie kopia dokumentacji medycznej zostanie zniszczona a ponowny wniosek o udostępnienie dokumentacji w tym samym zakresie będzie wiązał z koniecznością poniesienia kosztów jej sporządzenia.

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

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Dyrektor NZOZ lub osoba upoważniona:

7. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

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