



Nr wniosku

Dnia

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko PESEL

Adrestel.:

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego wydanie wyciągu

wydanie kserokopii wydanie odpisu

Do celów:

kontynuacja leczenia inne

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko

PESEL

Adrestel.:

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

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

4. ZOBOWIĄZUJE się do pokrycia kosztów powtórnego wykonania kopii dokumentacji w żądanym zakresie, przed jej odbiorem: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

dokumentację odbiorę osobiście

upoważniam

dowód osobisty nr do odbioru kopii dokumentacji.

5. ZOBOWIĄZUJĘ się do odebrania wnioskowanej dokumentacji w terminie do 30 dni od daty złożenia wniosku. Po tym terminie kopia dokumentacji medycznej zostanie zniszczona a Pacjent obciążony kosztami jej sporządzenia

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

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Zgoda Dyrektora NZOZ lub osoby upoważnionej:

5. POTWIERDZENIE WYDANIA WNIOSKU

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

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

.....
(data i podpis wnioskodawcy)