

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- do wglądu,
- poprzez sporządzenie wyciągu/ odpisu/ kopii/ wydruku/ *,
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
- na informatycznym nośniku danych.

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni / pracowni / gabinetu:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Od 4 maja 2019 r. udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie jest bezpłatne.

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci odpisów, wyciągów lub kserokopii pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu kolejny raz w żądanym zakresie lub każdorazowo osobom upoważnionym przez pacjenta lub przedstawiciela ustawowego Placówka pobiera opłatę na dotychczasowych zasadach.

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
data i podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu*:

Podpis pracownika: