

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. WNIOSKODAWCA:

IMIĘ I NAZWISKO _____

PESEL _____

ADRES ZAMIESZKANIA _____

NR TEL. _____

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK (JEŚLI INNY NIŻ PKT. 1)

IMIĘ I NAZWISKO _____

PESEL _____

ADRES ZAMIESZKANIA _____

3. WNIOSEK SKŁADA:

- PACJENT
- PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY PACJENTA
- OSOBA UPOWAŻNIONA

4. PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- DO WGLĄDU W SIEDZIBIE PODMIOTU LECZNICZEGO
- W FORMIE KSEROKOPII PAPIEROWEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I/LUB WYDRUKU Z ELEKTRONICZNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
- W FORMIE ELEKTRONICZNEJ NA ADRES E-MAIL: _____

5. ZA OKRES: _____

6. DO CELÓW:

- KONTYNUACJI LECZENIA
- INNYCH (JAKICH?) _____

7. UWAGI _____

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO POKRYCIA KOSZTÓW UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZGODNIE Z CENNIKIEM OBOWIĄZUJĄCYM W PRZYCHODNIA „NA WZGÓRZU” SP. Z O.O.

- KSEROKOPIA I/LUB WYDRU..... **0,50 zł / 1STRONA**

- KSEROKOPIA LUB WYDRUK POTWIERDZONY ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM..... **2 zł / 1STRONA**

- FORMA ELEKTRONICZNA..... **2 zł**

UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NASTĘPUJE W CIĄGU 7 DNI.

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ WNIOSEK

DATA I CZYTELNY PODPIS OSOBY WNIOSKUJĄCEJ

B. WYPEŁNIA OSOBA WYDAJĄCA

1. WYDANO DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ:

- DO WGLĄDU W SIEDZIBIE PODMIOTU LECZNICZEGO
- W FORMIE KSEROKOPII I/LUB WYDRUKU
- W FORMIE ELEKTRONICZNEJ NA PODANY ADRES E-MAIL

2. DATA: _____

3. PODPIS: _____