

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Do jakich celów udostępniana jest dokumentacja medyczna?

Rodzaj dokumentacji medycznej (podkreślić właściwe):

- kopia historii leczenia
- wyciąg z historii leczenia
- odpis z historii leczenia
- zdjęcia RTG na nośniku CD
- inne _____

Wnioskuje o (podkreślić właściwe):

- wydanie dokumentacji medycznej określonej w pkt.4
- wgląd do dokumentacji medycznej

I zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii/wyciągu/odpisu** dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem, ustalonym na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r. (Dz. U. z 2009r. nr 52, poz. 417).

W przypadku nieodebrania zleconej do wydania dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii/wyciągu/odpisu **.

Dokumentację wymienioną w pkt. 4 (zakreślić właściwe):

- odbiorę osobiście;
- proszę przesłać na adres określony w pkt. 1;
- proszę przekazać upoważnionej przeze mnie osobie, zgodnie z załączonym upoważnieniem
- inne _____

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam zgodność przygotowanej dokumentacji medycznej zgodnie z WNIOSKIEM ilość stron _____

(podpis pracownika)

Po sprawdzeniu:

- tożsamości odbierającego kopię/wyciąg/odpis dokumentacji ** medycznej
- dowodu uiszczenia opłaty za wykonaną usługę

Potwierdzam wydanie kopii/ wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej:

Zobowiązuję się do zwrotu oryginału dokumentacji medycznej do gabinetu do dnia *

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej zgodnie z WNIOSKIEM

(podpis odbierającego)

* Wypełnić w przypadku odbioru oryginału dokumentacji medycznej

** Niepotrzebne skreślić