

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres:
nr telefonu do kontaktu:

2. Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej we wskazanej formie:

(zaznaczyć X we właściwej rubryce):

	danie kserokopii
	drogą elektroniczną na adres poczty elektronicznej: e-mail:
	na informatycznym nośniku danych CD/DVD — w przypadku badań obrazowych
	danie odpisu
	dane wyciągu
	wydanie odpisu /wydanie wydruku
	do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego

3. Dokumentacja dotyczy leczenia:

komórka organizacyjna	dokumentacja ma obejmować okres leczenia od - do
Oddział	
Poradnia	

uwagi:

data i czytelny podpis wnioskodawcy/członka personelu przyjmującego wniosek w przypadku złożenia wniosku
przez wnioskodawcę w formie innej niż pisemna:

.....

4. Potwierdzenie odbioru :

1. czytelny podpis pacjenta/ pełnomocnika/ przedstawiciela ustawowego/ opiekuna
prawnego/członka personelu Szpitala wydającego dokumentację medyczną* *
(właściwe wybrać):

.....data:.....

2. potwierdzono tożsamość odbiorcy

Data udostępnienia dokumentacji:

Imię i nazwisko udostępniającego:podpis:

5. Wydanie dokumentacji odnotowano w wykazie pod numerem:

6. Naliczono•zł

* * Wniosek stanowi wyłącznie wzór, który może być dobrowolnie wykorzystany przez pacjenta;
dla uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej nie jest wymagane złożenie wniosku w formie
zaproponowanej przez Szpital

** Należy zakreślić właściwe