

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane przedstawiciela ustawowego:

(wypełnić w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, częściowo lub całkowicie pozbawiona zdolności do czynności prawnych)

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- historia choroby/ wyniki badań/ skierowania/ zaświadczenia:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście w placówce przy ul. Podwale 83 lokal 9 ,50-414 Wrocław.
- proszę wysłać na adres email:
- odbierze osoba upoważniona w placówce przy ul. Podwale 83 lokal 9 ,50-414 Wrocław:
 - imię i nazwisko:
 - adres zamieszkania:

.....
data i podpis pacjenta

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą elektroniczną na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie następującego dokumentu tożsamości:

- dowód osobisty
- paszport
- prawo jazdy
- karta pobytu

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację