

....., dnia r.

.....
.....
.....

Dane osoby uprawnionej

.....
.....
.....
*Nazwa i adres podmiotu prowadzącego
i przechowującego dokumentację
medyczną*

WNIOSEK O UDOSTĘPNIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

Imię i nazwisko oraz data urodzenia pacjenta, którego dokumentacji medycznej dotyczy wniosek:

..... ur.
Działając w imieniu własnym, wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej ww. pacjenta, tj.:
.....
.....
.....
.....
.....

Informuję, że wnoszę o udostępnienie w formie wydania kopii* / wyciągu* / odpisu* / wydruku* / umożliwienia wglądu do oryginału dokumentacji*.

Dokumentację odbiorę osobiście* / osobiście po powiadomieniu telefonicznym na ww. numer telefonu* / proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na ww. adres*.

.....
*Data i podpis osoby
uprawnionej / pracownika
podmiotu leczniczego
(w przypadku ustnego złożenia
wniosku)*

POUCZENIE: Udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta w formie wyciągu, odpisu, kopii, wydruku lub skanów na informatycznym nośniku danych, za wyjątkiem pierwszego jej udostępnienia w danym zakresie, jest odpłatne. Informacje o wysokości opłaty można uzyskać na stronie internetowej www.zozsanok.pl w zakładce: Informacje – Cenniki lub u osób wyznaczonych do przyjmowania wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznych;

* - niewłaściwe skreślić.

POTWIERDZENIE WPLYWU:

Data:

Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku),
 - oświadczenie osoby bliskiej zmarłego pacjenta,
 - inne -

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

(rodzaj i numer dokumentu)

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację