

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**Dane pacjenta:**

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko:

Adres:

Nr PESEL:

Nr telefonu kontaktowego:

Dane osoby upoważnionej przez pacjenta do odbioru dokumentacji medycznej:(wypełnia wyłącznie osoba upoważniona przez pacjenta, która osobiście składa wniosek)

Imię i nazwisko:

Adres:

NR PESEL:

Nr telefonu kontaktowego:

Ja niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym **numer** wnioskuję o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej:

1. z oddziału Kliniki/ z Poradni/ z Izby Przyjęć (zaznaczyć właściwą jednostkę).....
(nazwa jednostki)

z okresu od do (dla pojedynczej wizyty wpisać konkretną datę).

2. Dokumentacja medyczna w postaci (zaznaczyć właściwe): karta informacyjna pełna historia choroby opis operacji wynik badania

(nazwa badania)

 inna (określić jaka)

3. O dokumentację medyczną wnioskuję w celu (zaznaczyć właściwe):

- dalszego leczenia
- innym

4. Deklaruję następującą formę odbioru dokumentacji medycznej (zaznaczyć właściwe):

- odbiór osobisty
- przekazanie listem poleconym z doliczeniem kosztów przesyłki
- odbiór przez osobę upoważnioną

.....
(czytelny podpis)

Deklaracja osoby upoważnionej przez pacjenta do odbioru dokumentacji medycznej.

Świadomy/a* odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, że jestem upoważniony/a* przez wskazanego powyżej pacjenta do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby, bądź jestem przedstawicielem/ką* ustawowym pacjenta, o którego dokumentację wnoszę.

.....
(czytelny podpis)

*) zaznaczyć właściwe

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/podpisana*, upoważniam Pana/Panią*
zamieszkałego/zamieszkałą*legitymującego/legitymującą* się
dowodem osobistym o numerze do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

.....
(czytelny podpis)

*) zaznaczyć właściwe