

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. WNIOSKODAWCA:

IMIĘ I NAZWISKO _____

PESEL _____

ADRES ZAMIESZKANIA _____

NR TEL. _____

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK (JEŚLI INNY NIŻ PKT. 1)

IMIĘ I NAZWISKO _____

PESEL _____

ADRES ZAMIESZKANIA _____

3. WNIOSEK SKŁADA:

- PACJENT
- PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY PACJENTA
- OSOBA UPOWAŻNIONA

4. PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- DO WGLĄDU W SIEDZIBIE PODMIOTU LECZNICZEGO
- W FORMIE KSEROKOPII PAPIEROWEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I/LUB WYDRUKU Z ELEKTRONICZNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
- W FORMIE ELEKTRONICZNEJ NA ADRES E-MAIL: _____

5. ZA OKRES: _____

6. DO CELÓW:

- KONTYNUACJI LECZENIA
- INNYCH (JAKICH?) _____

7. UWAGI _____

W ZWIĄZKU Z ŻĄDANIEM UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W ZAKRESIE ORAZ FORMIE OKREŚLONYCH POWYŻEJ PO RAZ PIERWSZY PRZYSŁUGUJE MI PRAWO OTRZYMANIA TEJ DOKUMENTACJI BEZPŁATNIE. (PACJENT LUB PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY PACJENTA)

ZOBOWIĄDUJE SIĘ DO POKRYCIA KOSZTÓW UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZGODNIE Z CENNIKIEM OBOWIĄZUJĄCYM CENNIKIEM W PRZYCHODNIA „NA WZGÓRZU” SP. Z O.O.

KSEROKOPIA I/LUB WYDRUK **0,30 ZŁ /1 STRONA**

KSEROKOPIA I/LUB WYDRUK POTWIERDZONY ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM **2 ZŁ/1 STRONA**

FORMA ELEKTRONICZNA **2 ZŁ**

UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NASTĘPUJE W CIĄGU 7 DNI.

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ WNIOSEK

DATA I CZYTELNY PODPIS OSOBY WNIOSKUJĄCEJ

B. WYPEŁNIA OSOBA PRZYGOTOWUJĄCA DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ

1. DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ PRZYGOTOWAŁ/A

2. DATA: _____

3. PODPIS: _____

C. WYPEŁNIA OSOBA WYDAJĄCA ORAZ WNIOSKODAWCA

1. WYDANO DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ:

- DO WGLĄDU W SIEDZIBIE PODMIOTU LECZNICZEGO
- W FORMIE KSEROKOPII I/LUB WYDRUKU
- W FORMIE ELEKTRONICZNEJ NA PODANY ADRES E-MAIL
- WYKONANO FOTOGRAFIĘ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PODPIS OSOBY WYDAJĄCEJ WNIOSEK

DATA I CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY