

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**I. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji**

Imię i nazwisko		PESEL	
Adres zamieszkania			
Numer telefonu kontaktowego			

II. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko		PESEL	
Adres zamieszkania			
Numer telefonu kontaktowego			

III. Wnioskuje o:

<input type="checkbox"/>	wydanie kserokopii dokumentacji medycznej w zakresie:
<input type="checkbox"/>	historia choroby w całości
<input type="checkbox"/>	karta informacyjna
<input type="checkbox"/>	wyniki badań
<input type="checkbox"/>	dok. lekarsko-pielęgniarska
<input type="checkbox"/>	inne (wskazać):
<input type="checkbox"/>	wydanie dok. obrazowej na nośniku elektronicznym
<input type="checkbox"/>	udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

IV. Rodzaj dokumentacji medycznej:

nazwa oddziału / poradni / pracowni	
okres leczenia	

V. Wnioskowaną dokumentację:

<input type="checkbox"/>	odbiorę osobiście
<input type="checkbox"/>	proszę wysłać na adres:
<input type="checkbox"/>	odbierze osoba upoważniona lub przedstawiciel ustawowy

Zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania każdej kolejnej kopii dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi opłatami jak również pokrycia kosztów przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą).

.....
podpis osoby przyjmującej wniosek, data

.....
podpis wnioskodawcy, data

.....
podpis osoby wydającej dokumentację, data

.....
podpis osoby odbierającej dokumentację, data