

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**1. WNIOSKODAWCA**

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy (wypełnić w przypadku osoby innej niż wnioskodawca)

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę poradni i daty wizyt)**4. Wnioskuje** (zaznaczyć x we właściwej rubryce)

- o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej
- o odpis dokumentacji medycznej
- o wgląd do dokumentacji medycznej określonej w punkcie 3
- o wypożyczenie oryginału, za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu* (wyłącznie na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta)
- na informatycznym nośniku danych (dotyczy badań RTG)

5. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji określonej w punkcie 3, opłata w/g cennika

- po raz pierwszy po raz kolejny

6. Dokumentację wymienioną w punkcie 3 odbiorę:

- osobiście odbierze osoba uprawniona odesłać na adres wskazany w punkcie 1*

*Do przesyłki zostanie doliczony koszt przesyłki wg cennika usług pocztowych

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wydano:

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

..... nr

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

(seria i numer dokumentu tożsamości)

Kwota do zapłaty za udostępnioną dokumentację medyczną: zł

Potwierdzam odbiór kopii wnioskowanej dokumentacji medycznej w ilości stron:

Wysłano listem poleconym: nr nadawczy

dnia

Data i podpis odbierającego / osoby upoważnionej

Upoważnienie do odbioru znajduje się: w dokumentacji medycznej pacjenta
 zostało udzielone odrębnie

Data i czytelny podpis wydającego