

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Adres zamieszkania:	
Numer telefonu kontaktowego:	

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:*

(*wypełnić tylko w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:	
PESEL:	

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej w wersji papierowej
- wydanie kopii dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej, zaszyfrowanie i przesłanie na adres email
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie przychodni

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- zaszyfrowaną formę elektroniczną proszę przesłać na adres e-mail (drukowanymi literami):
.....
Proszę podać nr telefonu do przesłania kodu odblokowującego zaszyfrowaną dokumentację:
.....
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta
- wysłana pocztą na wskazany adres
- wysłana za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku)

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)

Wysłano listem poleconym:

- nr nadawczy:
- dnia:
- czytelny podpis pracownika wysyłającego dokumentację:

Wysłano e-mailem:

- adres skrzynki nadawczej:
- na nr telefonu podany we wniosku przesłano hasło:

.....
(data)

.....
(czytelny podpis pracownika wysyłającego dokumentację)