

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I. Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Numer dokumentu tożsamości:

II. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Numer dokumentu tożsamości:

Wnioskuję o:

- udostępnienie kserokopii / odpisu / wyciągu dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych.

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż: *(zaznaczyć jedną z dwóch opcji)*

- zobowiązuje się do poniesienia kosztów wykonania kopii / odpisu / wyciągu dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w PZOZ w Ostródzie S.A..
- po raz pierwszy wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w podanym zakresie jako pacjent albo przedstawiciel ustawowy pacjenta.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

pokwitowanie odbioru dokumentacji medycznej:
imię i nazwisko, data