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:

1. udostępnienie kserokopii / odpisu / wyciągu dokumentacji medycznej
2. udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
3. udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych.

Rodzaj dokumentacji medycznej:

1. nazwa oddziału / poradni / pracowni:
2. okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

1. odbiorę osobiście
2. proszę wysłać na adres:
3. odbierze osoba upoważniona:
4. imię i nazwisko:
5. 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 Szpitalu w Ostródzie S.A.
* po raz pierwszy wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w podanym zakresie jako

 pacjent albo przedstawiciel ustawowy pacjenta.

……………………………………… ………………………………………

miejscowość, data podpis wnioskodawcy

pokwitowanie odbioru dokumentacji medycznej:………………………………………………………………

imię i nazwisko, data