

Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej



1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

PESEL:

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

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

PESEL:

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

3. Do jakich celów udostępniana jest dokumentacja medyczna.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (podkreślić właściwe):

kopia historii leczenia

wypis historii leczenia

zdjęcia RTG na nośniku CD

inne.....

5. Wnioskuje (podkreślić właściwe):

- udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4
- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4

i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem, ustalonym na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417).

7. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

8. Dokumentację wymienioną w pkt. 4 (zakreślić właściwe):

- odbiorę osobiście;
- proszę przesłać na adres określony w pkt. 1
- inne.....

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam zgodność przygotowanej dokumentacji medycznej zgodnie z *Wnioskiem* ilość stron

.....
(podpis pracownika)

Po sprawdzeniu:

- tożsamości odbierającego kopię/wyciąg/odpis dokumentacji medycznej
- dowodu uiszczenia opłaty za wykonaną usługę

Potwierdzam wydanie kopii/wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej:
.....

Zobowiązuje się do zwrotu oryginału dokumentacji medycznej do gabinetu do dnia*.....

.....
(podpis pracownika)

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej zgodnie z Wnioskiem

.....
(podpis odbierającego)

* Wypełnić w przypadku odbioru oryginału dokumentacji medycznej