SZPITAL JOANNITAS W PSZCZYNIE

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:
(pacjent lub osoba upoważniona przez pacjenta)
Imię i nazwisko: ……..
PESEL: ……..
Adres korespondencyjny (jeśli będzie wysyłka):……
Numer telefonu kontaktowego:……

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:
(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)
Imię i nazwisko:……
PESEL:……

WNIOSKUJĘ O:

- □ **wydanie: kopii / wyciągu / odpisu / wydruku (właściwe podkreślić) dokumentacji medycznej**
- □ **wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie podmiotu leczniczego**

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału/poradni/pracowni/zakładu
  ……
- okres leczenia
  ……

Wnioskowaną dokumentację:

- □ odbiorę osobiście
- □ odbierze osoba upoważniona:
  – imię i nazwisko osoby upoważnionej: ……
  – nr pesel:……

Oświadczam, iż:

1) zobowiązuje się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem,
2) w przypadku nie odebrania przygotowanej dokumentacji w terminie 14 dni od powiadomienia o jej przygotowaniu, zobowiązuje się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej.

……. ……
Miejscowość i data podpis Wnioskodawcy

POTWIERDZENIE ODBIORU:
Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

……
data i podpis Odbierającej

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie ……..

……
data i podpis pracownika