

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

1. Wnioskujący (proszę zaznaczyć właściwe)

- Pacjent Przedstawiciel ustawowy (opiekun) Osoba upoważniona przez pacjenta

Imię i nazwisko wnioskującego PESEL

2. Osoba, której dokumentacja dotyczy

Imię i nazwisko PESEL

3. Zakres żądanych informacji

Poradnia

Okres: oddo.....

4. Forma udostępnienia (proszę zaznaczyć właściwe)

- kserokopia dokumentacji/wydruk z systemu informatycznego
 udostępnienie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
 adres email, na który należy wysłać dokumentację medyczną:
- wydanie oryginału z zastrzeżeniem zwrotu (tylko w uzasadnionych prawnie przypadkach)
 inne:

5. Cel wydania dokumentacji*

** Pole nieobowiązkowe. Wskazanie celu jest obowiązkowe tylko w przypadku wniosku o wydanie oryginału dokumentacji.*

.....
data i podpis wnioskującego

Potwierdzenie odbioru dokumentacji

UWAGA: Osoba odbierająca dokumentację medyczną, nie będąca osobą , której dokumentacja dotyczy powinna być upoważniona do odbioru dokumentacji medycznej.

Imię i nazwisko

PESEL

.....
data i podpis wydającego

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną