

Miejscowość, dnia

NZOZ Centrum Opieki Domowej

„MEDICA” Władysława Kus

32-412 Wiśniowa 449

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(Proszę wypełnić drukowanymi literami)

Dane wnioskodawcy (Pacjent /Przedstawiciel Ustawowy Pacjenta/Osoba upoważniona przez Pacjenta/ Osoba bliska Pacjenta /Organ Uprawniony*):

1.Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Tel:.....

lub

2.Dane Organu Uprawnionego.....

adres:.....

Tel:.....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres.....

W postaci: (* nie potrzebne skreślić): wglądu w siedzibie podmiotu

lecniczego/kopii, wydruk/wyciągów/odpisów, oryginału

Dokumentacja dotyczy leczenia: (podać nazwę komórki organizacyjnej oraz zakres leczenia)

..... w okresie:.....

Który raz z kolei jest udostępniana (w danej formie i zakresie)

.....
Sposób odbioru dokumentacji: (*nie potrzebne skreślić)

Osobiście/ Przez osobę upoważnioną -upoważnienie pisemnie
-e-mailem/ listem poleconym / kurierem - (po wcześniejszym
uiszczeniu kosztów) -na adres

.....
Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii
dokumentacji medycznej, oraz opłaty za przesyłkę, zgodnie z
obowiązującymi przepisami prawa

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

.....
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

*Zgodnie z art. 26 ust. 3, 4 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach
pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z
poźn. zm.).