

Trzcianka, dnia

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**SPOSÓB WYDANIA DOKUMENTACJI**

- wydanie kopii wydanie wyciągu
 wydanie odpisu wydanie wydruku
 do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego wydanie dokumentacji na elektronicznym nośniku danych
 wydanie oryginału, albowiem zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta:

.....(szczegółowe uzasadnienie)

TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
 wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta, który niniejszym oświadcza, iż jest przedstawicielem ustawowym pacjenta:
.....(imię i nazwisko)
 wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta (wówczas, należy dołączyć do wniosku oryginał upoważnienia pacjenta)

DANE PACJENTA

Imię (imiona) i Nazwisko Pacjenta

Nr PESEL / Data urodzenia

Imię (imiona) i Nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego (w przypadku dzieci poniżej 18r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych)*

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- dokumentację odbiorę osobiście
 dokumentację odbierze osoba upoważniona (dołączyć oryginał upoważnienia pacjenta)
 wystać na wskazany adres zamieszkania

RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

nazwa Oddziału / poradni

zakres czasowy

- historia choroby – całość,
 karta informacyjna,
 wyniki badań – podać jakich:
 inne:

Czytelny podpis osoby wnioskującej

WYDANO

- Kopię
- odpis
- wyciąg/wydruk/informatyczny nośnik danych*

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie dokumentu tożsamości:

..... nr
(nazwa dokumentu tożsamości)

Pobrano opłatę w wysokości za stron dokumentacji medycznej.

.....
Data Czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację

.....
Data Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną

*zaznaczyć właściwe, jeżeli dotyczy