

DANE WNIOSKODAWCY:

Data

Imię i Nazwisko.....

PESEL

Adres zamieszkania.....

Nr dowodu osobistego.....

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a, zwracam się z uprzejmą prośbą o wgląd /wydanie kopii* dokumentacji medycznej pacjenta:

.....

/Imię, nazwisko i PESEL pacjenta/

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej i okres:

.....

Poprzez

- umożliwienie wglądu do dokumentacji i sporządzenie kopii,
- wydanie kopii dokumentacji medycznej,
- wydanie w innej formie

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam.....
imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości
- proszę przesłać na adres.....

Podstawa prawna wydania:

- dokumentacja dotyczy wnioskodawcy
- upoważnienie złożone w dokumentacji medycznej
- upoważnienie jednorazowe (we wniosku lub odrębne)¹
- prawny opiekun osoby małoletniej²
- prawny opiekun osoby ubezwłasnowolnionej³

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji.

.....

Podpis osoby przyjmującej wniosek

.....

Podpis Wnioskodawcy

* Niepotrzebne skreślić.

- Właściwe zaznaczyć

¹ Niniejszym oświadczam, że przedkładane przez mnie upoważnienie zostało własnoręcznie podpisane przez osobę upoważniającą.

² Niniejszym oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby małoletniej i posiadam prawo do dokumentacji medycznej małoletniego.

³ Niniejszym oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby ubezwłasnowolnionej i posiadam prawo do dokumentacji medycznej ubezwłasnowolnionego.

Dokumentacją została wydana w dniu

1. wnioskodawcy

2. osobie trzeciej

/Imię, Nazwisko, nr dowodu osobistego/

3. wysłano pocztą na adres

.....
Podpis osoby wydającej dokumentację