

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYDANIE DOKUMENTACJI

| | |
|--------------------|--|
| Imię i nazwisko | |
| PESEL | |
| Adres zamieszkania | |
| Numer telefonu | |

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

| | |
|-----------------|--|
| Imię i nazwisko | |
| PESEL | |

| WNIOSKUJĘ O: | RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wydanie kopii dokumentacji medycznej | Nazwa oddziału/ poradni/pracowni: |
| <input type="checkbox"/> udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu | Okres leczenia: |

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Miejscowość, data

Podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU

| Uzgodniony termin odbioru/udostępnienia do wglądu | Data | Podpis pracownika |
|--|------|-------------------|
| | | |

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

| Dokumentacja: | Naliczono opłaty w wysokości: | Data | Podpis pracownika wydającego dokumentację |
|--|----------------------------------|------|--|
| <input type="checkbox"/> odebrana osobiście przez pacjenta <input type="checkbox"/> odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta <input type="radio"/> upoważnienie w dokumentacji medycznej <input type="radio"/> odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku) | | | |