

Data:

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji medycznej

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Nr telefonu kontaktowego

Adres e-mail

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i Nazwisko

PESEL

Wnioskuje o:

1. udostępnienie dokumentacji medycznej:

- kserokopii historii choroby Poradni Przyszpitalnej/HBO*
- kserokopii historii choroby – leczenie szpitalne
- dokumentacja fotograficzna – zdjęcia wykonywane w trakcie hospitalizacji
- do wglądu w siedzibie Centrum Leczenia Oparzeń

- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę przestać na wskazany adres
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko
 - nr dowodu osobistego.....

Odbieram pierwszy raz (kserokopia wydawana nieodpłatnie).

Odbieram po raz kolejny.

Oświadczam, że:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii wnioskowanej dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem;
- 2) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania wnioskowanej dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej dokumentacji.

.....
(Podpis osoby wnioskującej)

Uzgodniony termin odbioru/wysyłki/udostępnienia do wglądu.....

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- Została wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:.....
- Odebrana osobiście przez pacjenta
- Odebrana przez osobę upoważnioną
(upoważnienie w : dokumentacji medycznej/w niniejszym wniosku/odrębne pisemne upoważnienie)

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
(Data i podpis pracownika wydającego dokumentację)

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji:

.....
(Data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu):

.....

.....
(Data i podpis pracownika wydającego dokumentację)