WNIOSEK O UDOSTĘPNIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1.Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres korespondencyjny:……………………………………………………………………………………………………………………

Numer i seria dokumentu tożsamości:………………………………………………………………………………………………..

Numer telefonu…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres e-mail………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Działając □ w imieniu własnym □ jako rodzic □ przedstawiciel ustawowy □ opiekun prawny

 □ opiekun faktyczny

2. Wniosek dotyczy dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………………………………………………….

PESEL………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data zabiegu………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Wnioskuję o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej:

 □ w formie papierowej- odbiór osobisty

 □ w formie papierowej – wysłana pocztą na adres jak w pkt. 1

 □ w formie elektronicznej – wysłana na adres jak w pkt. 1

 □ do wglądu z możliwością zrobienia notatek lub zdjęć

4. Dokumentacja udostępniana jest:

 □ w celu dalszego leczenia

 □ w celu wydania orzeczenia

 □ dla ubezpieczyciela

 □ inny cel

Oświadczam, że podane we wniosku dane są zgodne z prawdą.

 ……….………………………………………………………………………..

Data i Podpis Wnioskodawcy

Dokumentacja wpłynęła …………………………………………… …………………………………………………………………………………………………..

Data i podpis pracownika kliniki