

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko..... PESEL

Adres zamieszkania: tel.

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania: tel.

Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie podmiotu

Rodzaj dokumentacji medycznej: Poradnia okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona:

imię i nazwisko: nr dowodu osobistego

adres zamieszkania:.....

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Choczewie

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU: Uzgodniony termin odbioru / udostępnienia do wglądu:

.....

.....
Data i podpis pracownika

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

.....
Data i podpis pracownika wydającego dokumentację