

DANE WNIOSKODAWCZYNI/-CY*:

Data

Imię i Nazwisko
PESEL.....
Adres zamieszkania
Nr dowodu osobistego
Numer telefonu.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisana/-y, zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentki/-ta**:

.....
/Imię, nazwisko i PESEL pacjentki/-ta/

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej i okres:
.....
.....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- do wglądu
- przez sporządzenie kopii, odpisu, wyciągu lub wydruku*** dokumentacji medycznej
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
- na informatycznym nośniku danych

Dokumentację medyczną odbiorę:

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

Podstawa prawna wydania:

- dokumentacja dotyczy wnioskodawczyni/-cy
- upoważnienie złożone w dokumentacji medycznej upoważnienie jednorazowe (we wniosku lub odrębne)¹
- przedstawiciel/-ka ustawy/-a pacjentki/-ta²
- inna.....

.....
Podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Podpis Wnioskodawczyni/-cy

* Pod pojęciami takimi jak „wnioskodawczyni/-ca” lub „pacjentka/-ent” itd. rozumiemy osoby o wszystkich tożsamościach płciowych.

** Wypełnić w przypadku, gdy osobą składającą wniosek jest osoba inna niż pacjentka/-pacjent.

***Niepotrzebne skreślić.

- Właściwe zaznaczyć

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

² Niniejszym oświadczam, że jestem przedstawicielem/-lką ustawowym/-wą pacjentki/-ta, której dotyczy wniosek i posiadam prawo do dokumentacji medycznej tego/tej pacjenta/-tki.

Dokumentacją została wydana w dniu:

1. wnioskodawcy/-cy

2. osobie trzeciej
/Imię, Nazwisko, nr dowodu osobistego/

3. wysłano pocztą na adres

4. wysłano pocztą elektroniczną na adres.....

.....
Podpis osoby wydającej dokumentację