

POTWIERDZENIE WYDAŃ DOKUMENTACJI

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuję o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradnia / pracowni:
- okres leczenia :

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona
- imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż zobowiązuje się do poniesienia kosztów wydania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

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).

.....
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