

Kraków,

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Do jakich celów udostępniana jest dokumentacja medyczna

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (podkreślić właściwe):

Kopia historii leczenia/ wypis historii leczenia/ zdjęcia RTG na nośniku CD/ inne

5. Wnioskuje (podkreślić właściwe):

- udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4
- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem, ustalonym na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417).

6. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

7. Dokumentację wymienioną w pkt. 4 (zakreślić właściwe):

- odbiorę osobiście;
- proszę przesałać na adres określony w pkt. 1
- inne

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam zgodność przygotowanej dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem- ilość stron

.....
(podpis pracownika)

Po sprawdzeniu:

- tożsamości odbierającego kopię/wyciąg/odpis dokumentacji medycznej
- dowodu uiszczenia opłaty za wykonaną usługę

Potwierdzam wydanie kopii/wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej:

.....
(podpis pracownika)

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem

.....
(podpis odbierającego)