

# WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ „PRZYCHODNIA STOGI”

## 1. **DANE WNIOSKODAWCY :**

|                     |         |
|---------------------|---------|
| Imię i nazwisko:    | PESEL   |
|                     | TELEFON |
| Adres zamieszkania: |         |

## 2. DANE PACJENTA :

(proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)

|   |   |
|---|---|
| Imię i nazwisko                           | PESEL   |
| Tytuł prawny wnioskodawcy do dokumentacji | <input type="checkbox"/> upoważnienie przez pacjenta <input type="checkbox"/> opiekun prawny<br><input type="checkbox"/> osoba bliska ..... |

## 3. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

- wydanie kopii wersji papierowej     do wglądu w miejscu udzielenia świadczeń

## 4. Odbiór dokumentacji medycznej :

- a )  odbiorę osobiście     za pośrednictwem osoby upoważnionej

Niniejszym upoważniam \* do odbioru / wyciągu/ kopi mojej dokumentacji medycznej

|                 |       |
|-----------------|-------|
| Imię i nazwisko | PESEL |
|-----------------|-------|

- b) Dokumentację proszę wysłać listem na adres : .....

## **Rodzaj dokumentacji medycznej :**

- nazwa poradni / pracowni / oddziału .....
- okres leczenia .....

Uzgodniony termin odbioru /wysyłki / udostępnienia do wglądu .....

|  |
|--|
|  |
|--|

Data i podpis pracownika

|  |
|--|
|  |
|--|

Data, miejscowość i podpis wnioskodawcy

## POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI :

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
- 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