

DANE WNIOSKODAWCY

Data

Imię i Nazwisko.....

PESEL

Adres zamieszkania.....

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a, zwracam się z prośbą o wgląd /wydanie kopii⁴ dokumentacji medycznej pacjenta:

.....

/Imię, nazwisko i PESEL pacjenta/

Określenie rodzaju dokumentacji i okres:

Poprzez

- umożliwienie wglądu do dokumentacji i sporządzenie kopii,
- wydanie kopii dokumentacji medycznej,
- wydanie w innej formie (wyciągu, odpisu.)

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- przesłanie na adres mailowy
- upoważniam.....

/imię i nazwisko, PESEL, nr dokumentu tożsamości/

Podstawa prawna wydania:

- dokumentacja dotyczy wnioskodawcy
- upoważnienie złożone w dokumentacji medycznej
- upoważnienie jednorazowe (odrębne)¹
- prawny opiekun osoby małoletniej²
- prawny opiekun osoby ubezwłasnowolnionej³

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji, na zasadach i w wysokości przewidzianej w przepisach prawa.

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

.....

/Podpis osoby przyjmującej wniosek/

.....

/Podpis Wnioskodawcy/

Dokumentacja została wydana w dniu, w formie: odbiór osobisty, wysłane pocztą, wysłane mailem⁴

1. wnioskodawcy⁴
2. osobie trzeciej⁴

/Imię, Nazwisko, nr dokumentu tożsamości/

.....

/Podpis osoby wydającej dokumentację/

¹ Niniejszym oświadczam, że przedkładane przez mnie upoważnienie zostało własnoręcznie podpisane przez osobę upoważniającą.
² Niniejszym oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby małoletniej i posiadam prawo do dokumentacji medycznej małoletniego.
³ Niniejszym oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby ubezwłasnowolnionej i posiadam prawo do dokumentacji medycznej.
⁴ Niepotrzebne skreślić.