

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ/ WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o:

- ☐ wydanie kopii dokumentacji medycznej
- ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- ☐ wydanie zaświadczenia o pobycie w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym
- ☐ wydanie zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia
- ☐ wydanie/wypełnienie innego dokumentu:
.....

Rodzaj dokumentacji medycznej *(wypełnić w przypadku wniosku o udostępnienie/wydanie kopii dokumentacji):*

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

Wnioskowaną dokumentację:

- ☐ odbiorę osobiście *(zaznaczyć, gdy wnioskodawcą jest pacjent)*
- ☐ proszę wysłać na adres:
- ☐ odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data wpływu:

Miejsce wpływu *(niewłaściwe skreślić):*

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Florencja II” Sp. z o. o. / Fundacja Florencja

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

.....
podpis pracownika przyjmującego wniosek

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- ☐ wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta,
- ☐ odebrana przez członka rodziny pacjenta, stopień pokrewieństwa:
- ☐ odebrana przez opiekuna prawnego pacjenta,
- ☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

.....
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 tożsamości):

.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację