

DANE WNIOSKODAWCY:

Data

Imię i Nazwisko
PESEL.....
Adres zamieszkania
Nr dowodu osobistego

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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

.....
/Imię, nazwisko i PESEL pacjenta/

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej i okres:

Poprzez

- ☐ umożliwienie wglądu do dokumentacji i sporządzenie kopii,
☐ wydanie kopii dokumentacji medycznej,
☐ wydanie w innej formie

Dokumentację medyczną odbiorę:

- ☐ osobiście
☐ upoważniam.....
imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości

☐ proszę przestać na adres.....

Podstawa prawna wydania:

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

.....
Podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Podpis Wnioskodawcy

* Niepotrzebne skreślić.

☐ Właściwe zaznaczyć

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 ubezwłasnowolnionego.

Dokumentacją została wydana w dniu:

1. wnioskodawcy

2. osobie trzeciej
/Imię, Nazwisko, nr dowodu osobistego/

3. wysłano pocztą na adres

.....
Podpis osoby wydającej dokumentację