

WNIOSEK PACJENTA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko:
telefon kontaktowy:

Dane Pacjenta, którego dotyczy dokumentacja:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres zamieszkania:

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej wskazanego powyżej Pacjenta Niepublicznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego „AKARI” sp. z o.o. z siedzibą w Ustrzeszy 35

w zakresie (proszę określić jakiego rodzaju dokumentacji dotyczy wniosek i z jakiego okresu to dokumentacja):

.....
.....

w formie (proszę zaznaczyć właściwie):

- udostępnienia dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie Zakładu i proponuję termin wglądu na dzień:
- udostępnienia dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągu/ odpisu/ kopii*, które odbiorę:
- osobiście
 - proszę wysłać za pośrednictwem Poczty Polskiej na podany adres:
.....
- w formie elektronicznej na adres e-mail:

Oświadczam, że zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, w zakresie kolejnej kopii tej samej dokumentacji.

O wskazaną dokumentację medyczną wnioskuję:

- po raz pierwszy po raz kolejny

.....
data, czytelny podpis Wnioskodawcy

.....
zweryfikował: czytelny podpis Inspektora Ochrony Danych

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na udostępnienie wskazanej we wniosku dokumentacji medycznej

w terminie:

w formie:

.....
Dyrektor Zakładu

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana za pośrednictwem Poczty Polskiej / poczty elektronicznej* na podany adres w dniu:.....
- odebrana osobiście przez pacjenta
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej pacjenta
 - odrębne, pisemne upoważnienie (załączone do wniosku)

.....
data i podpis osoby wydającej dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

**niepotrzebne skreślić*