

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko..... Pesel

Adres: tel.

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (zaznaczyć X we właściwej rubryce)

od lekarza specjalisty

psychologa / psychoterapeuty*

innego terapeuty*

dotyczącej okresu oddo.....

W przypadku kolejnego udostępnienia Dokumentacji Medycznej w tym samym zakresie zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia Dokumentacji Medycznej według decyzji Dyrektora Centrum.

Proszę wypełnić tylko wówczas gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

DANE PACJENTA KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko Pesel

Adres

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI :(proszę zaznaczyć X w odpowiedniej rubryce)

- wniosek składa pacjent którego dokumentacja dotyczy,
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- osoba upoważniona

3. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:

- osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego
- osoba upoważniona:

Imię i nazwisko:.....

numer dokumentu tożsamość:.....

- dokumentację proszę przesłać na adres mailowy
- dokumentację proszę przesłać listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres wskazany w pkt. 1

data i miejsce złożenia wniosku

podpis osoby składającej wniosek

Potwierdzenie przyjęcia wniosku

data i podpis osoby odbierającej zgłoszenie

nazwa stanowiska

Potwierdzenie wydania i odbioru

Oświadczam, że odebrałem(am) z Fundacji Po Moc Centrum Medycznego Po Moc wskazaną we wniosku Dokumentację Medyczną.

miejsceowość, data

podpis osoby odbierającej Dokumentację Medyczną

* niewłaściwe skreślić

** wpisać dane w miejscu właściwym