

Inowrocław, dnia

Wniosek nr/20.....

- o wydanie kserokopii, wyciągu, odpisu dokumentacji medycznej
- o wgląd do dokumentacji medycznej

1. Dokumentacja medyczna dotycząca Pacjenta

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu

2. Rodzaj dokumentacji medycznej

- podać nazwę poradni lub oddziału
- podać datę z jakiego okresu

.....
.....
.....
.....
.....

3. Wnioskodawca¹

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzenia

4. Sposób realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 2

- wgląd do dokumentacji medycznej
- sporządzenie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku
- odbiór osobisty lub osoba przeze mnie upoważniona
- wysłanie listem poleconym
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. *Adres e-mail:*
.....
- na informatycznym nośniku danych, przesłanym listem poleconym.

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

¹ wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji medycznej jako przedstawiciel ustawowy Pacjenta lub upoważnienia Pacjenta

.....
(data, imię, nazwisko, podpis osoby przygotowującej
dokumentację medyczną)

Potwierdzenie udostępnienia

WYPEŁNIA PRACOWNIK Szpitala Uzdrawiskowego „ENERGETYK” Sp. z o.o. wydający dokumentację medyczną

- osobiście*
- osoba upoważniona w dokumentacji*
- inna osoba na podstawie przedstawionego upoważnienia*

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Potwierdzam odbiór kopii/odpisu dokumentacji medycznej zgodnie ze złożonym wnioskiem.

.....
(data, imię, nazwisko, podpis osoby dokonującej odbioru
dokumentacji medycznej)

.....
(data, imię, nazwisko, podpis osoby wydającej
dokumentację medyczną)

W przypadku przesłania kopii/odpisu dokumentacji medycznej pod wskazany adres, dowodem odbioru jest data doręczenia przesyłki oraz podpis na druku zwrotnego potwierdzenia odbioru.

W przypadku przesłania za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. *Potwierdzeniem jest wydruk wysłanej informacji.*