

UWAGA: sporządzenie i wydanie dokumentacji medycznej nastąpi niezwłocznie
– tj. do 5 dni od daty złożenia wniosku

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
W NZOZ SANA, ul. Batorego 31a, 02-591 Warszawa

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

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
 proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
– imię i nazwisko:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami, łącznie z kosztami przesyłki (jeżeli dotyczy).

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

.....

.....
podpis pracownika rejestracji

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez 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:

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

.....
data i podpis pracownika rejestracji

Odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej:

Data odmowy:

Przyczyna odmowy:
.....
.....

Podpis osoby upoważnionej: