

DANE WNIOSKODAWCY:

Data.....

Imię i Nazwisko:

PESEL: Nr. dowodu osob.:

Adres zamieszkania:.....

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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

Imię i Nazwisko:

PESEL:

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 przesłać 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

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji.

.....
Podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Podpis Wnioskodawcy

* Niepotrzebne skreślić

Właściwie zaznaczyć

¹ Niniejszym oświadczam, że przedkładane prze 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.

Dokumentacja została wydana w dniu

1. wnioskodawcy

2. osobie trzeciej

(imię i nazwisko, nr. dowodu osobistego)

3. wysłano pocztą na adres

.....

Podpis osoby wydającej dokumentację