

Załącznik nr 3a do Procedury przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu Stowarzyszenia dotyczącej:

- ☐ mnie
- ☐ osoby, której jestem prawnym opiekunem lub przedstawicielem ustawowym
- ☐ osoby, która mnie upoważniła do występowania w swoim imieniu

Dokumentacja wydawana jest tylko wnioskodawcy lub osobie upoważnionej przez nią na piśmie

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko:

PESEL

TELEFON

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL

NAZWA PORADNI:

Dokumentacja dotyczy następującego okresu:

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz że pokryję w całości ewentualny koszt kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
(podpis osoby upoważnionej do przyjęcia wniosku)

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór kserokopii*/wyciągu*/wgląd* w dokumentację medyczną w dniu

- ☐ wydanie pierwszej kopii
- ☐ naliczono opłaty w wysokości:

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

*niepotrzebne skreślić