

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

|  |
| --- |
| **Wnioskodawca:** |
| **□ Pacjent □ Przedstawiciel ustawowy pacjenta □Osoba upoważniona przez pacjenta** |
| Imię i Nazwisko:…………………………………………………………………………………………………….Pesel:……………………………………………………….Telefon:…………………..…………………………………………E-mail:………………………………………………………………………………………………………… |
| **Dane Pacjenta:** |
| Imię i Nazwisko:…………………………………………………………………………………………………….Pesel:……………………………………………………….Adres zamieszkania:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Dokumentacja medyczna** |
| Wnioskuję o: | wydanie dokumentacji medycznej w formie kserokopii **□**wydanie dokumentacji medycznej w innej formie **□** (wpisać w jakiej) ………………………………………………………………………………..…………………………. |
| Zakres dokumentacji medycznej: | dokumentacja dotyczy:…………………………………………………………………………………………………..za okres od/do od strony/do strony……………………………….……………………………………………… |
| Dokumentację medyczną: | Odbiorę osobiście **□**Proszę o przesłanie drogą mailową □ adres e-mail………………………………………………………Za pośrednictwem osoby upoważnionej **□** imię i nazwisko:……………………………………… |
|  |
| Dodatkowe uwagi/prośby: |  |
| Udostępnianie dokumentacji medycznej jest bezpłatne w przypadku, gdy Pacjent, lub jego przedstawiciel ustawowy wnioskuje o dokumentację medyczną po raz pierwszy w żądanym zakresie. W pozostałych przypadkach opłatę pobiera się zgodnie z obowiązującym cennikiem. Wydanie dokumentacji zwolnione z opłaty **□**Opłata w kwocie …………………………………………………………………………………została pobrana przez:……………………………………………….. |

# Data i podpis Wnioskodawcy:………………………………………………………………………………………………….