

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:………………………………………………………………………………………………….