

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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: o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej/ o udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej: • nazwa oddziału / poradni / pracowni:

..... • okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację: o odbiórę osobiście o proszę wysłać na adres:

..... o odbierze osoba upoważniona: – imię i

nazwisko: – numer dowodu osobistego:

.....

Oświadczam, iż: 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą), 3) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....

miejsowość, data podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie Odbioru: Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

.....

Podpis pracownika: