

Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej

Dane pacjenta

imię i nazwisko

PESEL

adres zamieszkania

dowód osobisty: seria i numer

dowód osobisty wydany przez

Forma udostępnienia

- ☐ do wglądu
- ☐ odpis/wypis
- ☐ kserokopia
- ☐ elektroniczny nośnik danych
- ☐ przesłanie drogą elektroniczną

adres e-mail

Zakres dokumentacji

☐ w całości

☐ w części

od

do

Odbiór dokumentacji

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ proszę przesłać na adres e-mail
- ☐ proszę wysłać pocztą/kurierem na adres

adres e-mail lub adres wysyłki

Zapoznałam(-em) się z opłatami za udostępnienie dokumentacji medycznej i przed jej osobistym odebraniem lub przesłaniem ureguluję koszty związane z jej udostępnieniem.

data, miejscowość i podpis pacjenta

Adnotacja placówki

pieczęć jednostki

dokumentację medyczną do wglądu udostępniono dnia

Sporządzono

odpis dokumentacji medycznej: liczba stron i koszt

kserokopia dokumentacji medycznej: liczba stron i koszt

elektroniczny nośnik danych: liczba sztuk i koszt

przesłano na e-mail: liczba stron i koszt

zapłata: kwota i data

dokumentację odebrano dnia

data, miejscowość i podpis pacjenta

podpis pracownika sporządzającego