

DANE WNIOSKODAWCY:

.....

nawa lub imię i nazwisko wnioskodawcy

.....

adres wnioskodawcy

.....

nr PESEL wnioskodawcy/inne informacje identyfikujące

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

.....

imię i nazwisko pacjenta

.....

nr PESEL pacjenta

Wytworzonej w **Centrum Medycznym Komorniki, ul. Stawna 7, 62-052 Komorniki**

w zakresie: (proszę zaznaczyć właściwe):

☐ CAŁA DOSTĘPNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA

☐ DOKUMENTACJA MEDYCZNA Z OKRESU: -



**Fundusze
Europejskie**
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



☐ DOKUMENTACJA MEDYCZNA Z WYBRANEJ PORADNI/JEDNOSTKI:

.....

☐ WYBRANE DOKUMENTY ZNAJDUJĄCE SIĘ W DOKUMENTACJI:

.....

.....

☐ INNE/UWAGI WNIOSKODAWCY DO WNIOSKU:

.....

.....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

☐ DO WGLĄDU

☐ KOPII/WYDRUKU Z SYSTEMU INFORMATYCZNEGO

☐ W INNEJ FORMIE:

Wnioskowaną dokumentację:

☐ ODBIORĘ OSOBIŚCIE

☐ ODBIORZE OSOBA UPOWAŻNIONA:

(imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia)

☐ PROSZĘ PRZESŁAĆ NA ADRES*:

W przypadku chęci otrzymania dokumentacji drogą elektroniczną - niezbędne jest podanie czytelnie adresu e-mail oraz numeru telefonu do przesłania hasła dostępu.

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

WYPEŁNIA PODMIOT LECZNICZY:

WNIOSEK WPŁYNAŁ:

(data)

UZGODNIONY Z PACJENTEM TERMIN ODBIORU/WGLĄDU:

.....

(data i podpis pracownika przyjmującego wniosek)

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DOKUMENTACJA WE WNIOSKOWANYM ZAKRESIE ZOSTAŁA:

- ☐ ODEBRANA OSOBIŚCIE PRZEZ PACJENTA, RODZICA LUB OPIEKUNA USTAWOWEGO -
POTWIERDZONO TOŻSAMOŚĆ
- ☐ ODEBRANA PRZEZ OSOBĘ UPOWAŻNIONĄ - POTWIERDZONO TOŻSAMOŚĆ
- ☐ WYSŁANA NA ADRES PODANY WE WNIOSKU W DNIU

DOKUMENTACJA UDOSTĘPNIONA:

- ☐ BEZPŁATNIE
- ☐ ODPŁATNIE (naliczono opłaty w wysokości):

.....

(data i podpis pracownika wydającego)

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
(osobiście)

Potwierdzam otrzymanie dokumentacji medycznej we wnioskowanym zakresie oraz wnioskowanej formie.

.....
(data i podpis pacjenta/opiekuna ustawowego
lub osoby upoważnionej do odbioru)