

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnioskodawca

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

Telefon kontaktowy (numer) _____

Pacjent

Imię i nazwisko _____

PESEL (numer) _____

Adres zamieszkania _____

Telefon kontaktowy (numer) _____

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji

- Wniosek składa pacjenta, którego dokumentacja dotyczy
- Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- Wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

Wnioskuje o

- wydanie kserokopii / wyciągu / odpisu^{*)} dokumentacji medycznej
- wydanie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- wydanie oryginałów dokumentacji medycznej (dot. uprawnionych organów i podmiotów)

do następujących celów

Zakres udostępnianej dokumentacji (rodzaj dokumentu, nazwa poradni, okres leczenia)

Odbiór dokumentacji medycznej

- dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego
- dokumentację proszę przesłać listem poleconym, ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres wnioskodawcy wskazany powyżej (warunkiem wysyłki jest wcześniejsze dokonanie płatności na rachunek podmiotu leczniczego wskazany w pouczeniu)

Oświadczenie wnioskodawcy

Oświadczam, że zapoznałem się z Zasadami udostępniania dokumentacji medycznej Medicorum Centrum Zdrowia, zamieszczonymi na >medicorum.pl<. Rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania i ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

Miejscowość, data (dd.mm.rrrr)

Podpis wnioskodawcy (czytelny imieniem i nazwiskiem)

Data wpływu (dd.mm.rrrr)

Podpis osoby przyjmującej (czytelny imieniem i nazwiskiem)

Przewidywany termin odbioru / Uzgodniony termin udostępnienia do wglądu^{*)}

^{*)} Niepotrzebne skreślić