

Wzór 1. Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Do:

.....

.....

Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisana/y, niniejszym wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej w formie:

- kserokopii,
- do wglądu,
- odpisu,
- kopii na elektronicznym nośniku danych,
- przesłanego skanu na adres mailowy..... *

w całości/w części od do *

(*niepotrzebne skreślić)

Dokumentację medyczną:

- odbiorę osobiście.

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

.....

(data i miejscowość, podpis pacjenta)

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez
..... w celu udostępnienia mi dokumentacji medycznej.

.....

(data i miejscowość, podpis pacjenta)

Adnotacje:

(pieczęćka jednostki)

Dokumentację medyczną do wglądu sporządzono dnia

Sporządzono:

- Odpis dokumentacji medycznej: stron koszt
- Kserokopię dokumentacji medycznej: stron koszt
- Na elektronicznym nośniku danych: stron koszt
- Przesłano na maila: stron koszt

Zapłata: data

Odebrano dokumentację medyczną dnia:

.....

(data i miejscowość, podpis pacjenta)

.....

(podpis pracownika sporządzającego)

Odebrałem dokumentację medyczną osobiście w dniu