

Bielsko – Biała, dnia

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej
PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE PACJENTA:

Imię i Nazwisko		PESEL	
Nr telefonu:			

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ:(należy wypełnić tylko wtedy gdy dokumentacja medyczna **nie dotyczy** wnioskodawcy)

Imię i Nazwisko		PESEL	
-----------------	--	-------	--

PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Dla potrzeb:	<input type="checkbox"/> ZUS <input type="checkbox"/> Orzeczenie Stopnia Niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Własnych		
Z leczenia ambulatoryjnego/ oddziału szpitalnego:	Za okres od-do	Poradnia/ Oddział:	

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

<input type="checkbox"/>	wydania kserokopii dokumentacji medycznej
<input type="checkbox"/>	wydania kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem
<input type="checkbox"/>	wglądu do dokumentacji medycznej w siedzibie SPZOZ – NIEODPŁATNIE
<input type="checkbox"/>	wydania oryginału tylko w sytuacji gdy oczekiwanie na sporządzenie kopii, wyciągu lub odpisu może spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta

Dokumentację medyczną:

<input type="checkbox"/>	odbiorę osobiście
<input type="checkbox"/>	odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie załączam do wniosku (przedstawiciel ustawy)

Zostałam/em poinformowana/y:

- o wysokości opłat z tytułu wydania kopii/ odpisu / wyciągu dokumentacji medycznej
- że termin realizacji wniosku o udostępnienie wynosi 30 dni od daty doręczenia do SPZOZ
- że termin realizacji wniosku o wgląd do dokumentacji ustalany jest indywidualnie

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy).....
(data przyjęcia i czytelny podpis przyjmującego wniosek)