

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Uwaga: Wniosek proszę wypełnić drukowanymi literami

1) Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Nr PESEL:

Numer telefonu kontaktowego:

2) Dane osobowe pacjenta, którego dotyczy wniosek:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Nr PESEL:

3) Zakres wnioskowanej dokumentacji:

☐ ZPO „Zacisze” za okres/ewentualnie rodzaj

dokumentu.....

☐ Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa za okres/ewentualnie rodzaj

dokumentu.....

4) Wnioskuje o wydanie:

☐ kserokopii dokumentacji medycznej

☐ odpisu dokumentacji medycznej

☐ wyciągu z dokumentacji medycznej

☐ wgląd do dokumentacji medycznej

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii/odpisu/wyciągu zgodnie z cennikiem obowiązującym w Zakładzie.

5) Dokumentację:

☐ Odbiorę osobiście

☐ Proszę przelać na adres jak w punkcie nr 1- Należność ureguluję za zaliczeniem pocztowym; ponoszę odpowiedzialność za problemy dotyczące doręczenia i wszystkiego co z tym związane, leżące po stronie poczty/doręczyciela.

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

Uzasadnienie decyzji Administratora Danych Osobowych
(W przypadku odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej)

.....
.....
.....
.....
.....

WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

1) Potwierdzam odbiór kserokopii/odpisu/wyciągu/ dokumentacji medycznej/ :

.....
(data) (imię i nazwisko odbierającego) (nr dokumentu tożsamości odbierającego)

.....
(podpis odbierającego dokumentację medyczną)

2) Pobrano opłatę w wysokości:szt. x zł = zł

3) Wysłano listem poleconym:

.....
(nr nadawczy) (dnia)

4) Wystawiono fakturę na kwotę:szt. x zł =zł

.....
(podpis wydającego dokumentację medyczną)