

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuję o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Sporządzonej w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym SP ZOZ w Lublinie

w okresie

Wyjazd na adres:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
imię i nazwisko: numer dowodu osobistego:

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

.....
data, podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE ODBIORU

Potwierdzam odbiór / kserokopii*/ odpisu*/wyciągu*/wydruku*/ dokumentacji medycznej

ilość stron: koszt:
.....
data i podpis odbierającego

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ UDOSTĘPNIONEJ OSOBIE BLISKIEJ

Potwierdzam odbiór / kserokopii*/ odpisu*/wyciągu*/wydruku*/ dokumentacji medycznej

Oświadczam, że nie jest mi znany sprzeciw innych osób bliskich.

ilość stron: koszt:
.....
data i podpis odbierającego

Dokumentację medyczną do wglądu udostępniono dnia
data i podpis uprawnionego do wglądu

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzono na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

Zapłacono..... Dnia
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

*niepotrzebne skreślić