

Nr wniosku

Data otrzymania

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA

Prosimy o wypełnienie na komputerze lub czytelne wypełnienie drukowanymi literami.

IMIĘ: _____

NAZWISKO: _____

PESEL: _____

DATA URODZENIA: D D M M R R R R

KOBIETA MĘŻCZYŻNA

ADRES ZAMIESZKANIA

ULICA: _____ NR: _____

KOD POCZT.: _____ MIEJSCOWOŚĆ: _____

DANE KONTAKTOWE

TEL.: _____

E-MAIL: _____

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia wniosku.

WNIOSKUJĘ O

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienia do wglądu z możliwością wykonania fotokopii dokumentacji medycznej na miejscu (w CM Wielkoszyński)

RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nazwa oddziału/poradni/pracowni: _____

Okres leczenia lub zakres udzielonych informacji: _____

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI

Proszę zaznaczyć jedno właściwe pole.

- osobiście w CM Wielkoszyński
- przez osobę upoważnioną (wymagane wydanie upoważnienia na druku dostępnym na wielkoszyński.pl)
- list polecony priorytetowy (wymagane wniesienie dodatkowej opłaty w wysokości określonej w regulaminie CM Wielkoszyński)

Miejsce przesłania wyniku (wypełnić, gdy adres jest inny niż adres zamieszkania):

data i podpis Pacjenta/Rodzica/Opiekuna prawnego

POTWIERDZENIE WYDANIA / UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wypełnia Centrum Medyczne Wielkoszyński.

Udostępniona do wglądu w dniu _____

Odebrana osobiście w dniu _____

Odebrana przez osobę upoważnioną w dniu _____

- upoważnienie w dokumentacji medycznej
- odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku)

Wysłana pocztą na wskazany adres w dniu _____

Tożsamość osoby odbierającej/oglądającej dokumentację medyczną ustalono na podstawie:

rodzaj i numer dokumentu _____

data i podpis Pracownika wydającego/udostępniającego dokumentację

Potwierdzam odbiór/wgląd do wnioskowanej dokumentacji.

data i podpis Pacjenta/Rodzica/Opiekuna prawnego