

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko:.....

Telefon kontaktowy:.....

Adres e-mail:.....

Adres zamieszkania:.....

NR PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej:

Nazwa poradni:.....

Okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniona (np. ostatnie 2 lata, całość, od 2001-2006):

.....

3. Udostępnienie dokumentacji obejmuje (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):

- WYDRUKI WIZYT
- WYNIKI BADAŃ, proszę wymienić.....
- INNE, proszę wymienić.....

4. Forma udostępnienia dokumentacji medycznej:

- wydanie kopii lub wydruku dokumentacji medycznej
- do wglądu w miejscu udzielania świadczeń
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
- na informatycznym nośniku danych
- pocztą tradycyjną (dodatkowa opłata za przesyłkę)

5. Dane Wnioskodawcy (wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona przez pacjenta):

Imię i Nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

NR PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Udostępnianie dokumentacji medycznej następuje bez zbędnej zwłoki, a więc możliwie jak najszybciej. Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ ETER-MED Sp. z o.o. (art. 28 ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417).

.....
(podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wprowadzone przeze mnie dane osobowe są zgodne z prawdą.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wniosek przyjął/ęła	(imię i nazwisko, data)
Dokumentację przygotował/a	(imię i nazwisko, data)
Dokumentację wydał/a	(imię i nazwisko, data)
Dokumentację odebrał/a (osoba upoważniona do wglądu do dokumentacji medycznej)	(imię i nazwisko, data)