

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji:

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy _____

Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja (wypełnić w przypadku gdy inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko: _____

PESEL: _____

Proszę o:

- ☐ Wydanie **kserokopii dokumentacji medycznej**
- ☐ Sporządzenie i wydanie **odpisu dokumentacji medycznej**
- ☐ Udostępnienie dokumentacji **do wglądu**

Za okres od _____ do _____

Cel wydania dokumentacji: _____

- ☐ Wnioskowaną dokumentację proszę wysłać na wskazany adres
- ☐ Wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście
- ☐ Dokumentację proszę wydać osobie upoważnionej przeze mnie na podstawie pisemnego upoważnienia zawierającego co najmniej imię i nazwisko oraz nr dowodu osobistego osoby upoważnionej.

Oświadczam, iż zapoznałem się z obowiązujący w NIEPUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS" Szeffner, Lehmann-Pięta, Sikora, Zjawin, Glapiak, Spółka Jawna Regulaminem Organizacyjnym oraz cennikiem, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z wydaniem kserokopii (odpisu) dokumentacji medycznej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą zobowiązuję się do pokrycia kosztów wysyłki).

Kościan, dnia: _____ roku

podpis wnioskodawcy