

Suwałki dn.

WNIOSK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI)

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ

Imię i nazwisko PESEL

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

Dane umożliwiające kontakt:

(np. adres do korespondencji, telefon, e-mail)

Nr dokumentu tożsamości (DO, Paszport):

DANE PACJENTA: (wypełnić w przypadku, gdy wnioskuje osoba upoważniona lub przedstawiciel ustawowy)

Imię i nazwisko PESEL

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

PODSTAWA PRAWNA DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI (właściwie zaznaczyć):

- dokumentacja dotyczy wnioskodawcy,
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta (*opiekun osoby małoletniej, osoby ubezwłasnowolnionej*)
- wniosek składa osoba upoważniona w dokumentacji medycznej,
- wniosek składa osoba bliska po śmierci pacjenta:
wpisz stopień pokrewieństwa
- upoważnienie jednorazowe (odrębne)

PROSZĘ O: WGLĄD WYDANIE KOPII WYDANIE W INNEJ FORMIE

z leczenia w Oddziale / Poradni

wpisać nazwę

Rodzaj dokumentacji (właściwie zaznaczyć):

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oddział: | <input type="checkbox"/> Całość dokumentacji | <input type="checkbox"/> Karta informacyjna | <input type="checkbox"/> Wyniki badań |
| <input type="checkbox"/> Poradnia: | <input type="checkbox"/> Karta znieczulenia | <input type="checkbox"/> Opis zabiegu operacyjnego | |
| <input type="checkbox"/> RTG/TM | <input type="checkbox"/> Historia zdrowia i choroby | <input type="checkbox"/> Wyniki badań | |
| <input type="checkbox"/> Płyta CD | <input type="checkbox"/> Zdjęcie | | |

Inna (jaka):

za okres do

Forma odbioru (właściwie zaznaczyć):

- Odbiorę osobiście
- Osoba upoważniona w mojej dokumentacji medycznej Pan/Pani.....
- ePUAP, eDoręczenia, na adres e-mail
(podkreślić wskazaną formę przekazania dokumentacji)

Zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych ze sporządzeniem kopii/ odpisu/ wyciągu dokumentacji medycznej
Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Dokumentacja została wydana w dniu

- wnioskodawcy
- osobie trzeciej

Imię i nazwisko

.....
Podpis osoby odbierającej