



GABINETY ŁUCKA

WNIOSEK o udostępnienie dokumentacji medycznej

DANE WNIOSKODAWCY

NAZWISKO IMIĘ

PESEL TELEFON KONTAKTOWY.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

DANE PACJENTA (jeśli dokumentacja nie dotyczy wnioskodawcy)

NAZWISKO IMIĘ

PESEL TELEFON KONTAKTOWY.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

- sporządzenia całości kserokopii dokumentacji
- wyników badań w niej zawartych
- części (za jaki okres lub czego dotyczy).....
- odpisu/wyciągu
- wglądu do dokumentacji w siedzibie Przychodni

Dokumentację, o którą wnioskuję odbiorę:

- osobiście
- odbierze upoważniona osoba w dokumentacji medycznej
- odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie dołączam do wniosku

Zostałam/em poinformowana/y o wysokości opłat z tytułu wydania kopii/odpisu/wyciągu dokumentacji medycznej*

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem

.....

(podpis Pacjenta lub osoby upoważnionej, której tożsamość zweryfikowano)

- Podstawa prawna : Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta



UPOWAŻNIENIE

do wydania dokumentacji medycznej

(w przypadku upoważnienia osoby innej, niż wskazana w dokumentacji medycznej)

JA NIŻEJ PODPISANY

NAZWISKO IMIĘ

PESEL/lub DATA URODZENIA

ADRES ZAMIESZKANIA.....

NUMER DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ.....

UPOWAŻNIAM

NAZWISKO IMIĘ

PESEL/lub DATA URODZENIA

ADRES ZAMIESZKANIA.....

NUMER DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ.....

do odbioru mojej dokumentacji medycznej

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego