

DANE WNIOSKODAWCY:

.....
nawa lub imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres wnioskodawcy

.....
nr PESEL wnioskodawcy/inne informacje identyfikujące

**ANIMA M.Serafin, A. Wołkanowska s.c.,
ul. Władysława Grabskiego 8/8a
35-312 Rzeszów**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
(wniosek pomocniczy)**

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
nr PESEL pacjenta

Wytworzonej w podmiocie leczniczym **ANIMA M.Serafin, A. Wołkanowska s.c., ul. Władysława Grabskiego 8/8a, 35-312 Rzeszów; NIP: 8133634908; REGON: 180612781,**
(proszę zaznaczyć właściwe):

- CAŁA DOSTĘPNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA
- DOKUMENTACJA MEDYCZNA Z OKRESU: -
- DOKUMENTACJA MEDYCZNA Z WYBRANEJ PORADNI/SPECJALIZACJI:
.....
- WYBRANE DOKUMENTY ZNAJDUJĄCE SIĘ W DOKUMENTACJI:
.....
.....

-
- INNE/UWAGI WNIOSKODAWCY DO WNIOSKU:
-
-
-

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

- DO WGLĄDU W SIEDZIBIE PODMIOTU LECZNICZEGO
- KOPII/WYDRUKU Z SYSTEMU INFORMATYCZNEGO
- NA ELEKTRONICZNYM NOŚNIKU (np. płyta CD/DVD)
- W INNEJ FORMIE:

Wnioskowaną dokumentację:

- ODBIORĘ OSOBIŚCIE
- ODBIORZE OSOBA UPOWAŻNIONA:

(imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia)

- PROSZĘ PRZESŁAĆ NA ADRES E-MAIL*:

W przypadku chęci otrzymania dokumentacji drogą elektroniczną - niezbędne jest podanie czytelnie adresu e-mail oraz numeru telefonu do przesłania hasła dostępu.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

- PROSZĘ PRZESŁAĆ NA ADRES ZAMIESZKANIA/KORESPONDENCYJNY:
-
-

W przypadku chęci otrzymania dokumentacji drogą korespondencyjną jest ona wysłana pocztą kurierską za potwierdzeniem tożsamości przy doręczeniu przez kuriera .

Jednocześnie zgadzam się na pokrycie kosztów przesłania dokumentacji w formie kurierskiej za potwierdzeniem tożsamości.

.....
(data i podpis wnioskodawcy wyrażającego zgodę
na pokrycie kosztów przesyłki kurierskiej)

WYPEŁNIA PODMIOT LECZNICZY:

WNIOSEK WPŁYNAŁ:

(data)

UZGODNIONY Z PACJENTEM TERMIN ODBIORU/WGLĄDU:.....

.....
(data i podpis pracownika przyjmującego wniosek)

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DOKUMENTACJA WE WNIOSKOWANYM ZAKRESIE ZOSTAŁA:

- ODEBRANA OSOBIŚCIE PRZEZ PACJENTA, RODZICA LUB OPIEKUNA USTAWOWEGO - POTWIERDZONO TOŻSAMOŚĆ
- ODEBRANA PRZEZ OSOBĘ UPOWAŻNIONĄ - POTWIERDZONO TOŻSAMOŚĆ
- WYŚLANA NA ADRES PODANY WE WNIOSKU W DNIU/POTWIERDZENIE NR:

...../.....

DOKUMENTACJA UDOSTĘPNIONA:

- BEZPŁATNIE
- ODPLATNIE (naliczono opłaty w wysokości):.....

.....
(data i podpis pracownika wydającego)

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
(osobiście)

Potwierdzam otrzymanie dokumentacji medycznej we wnioskowanym zakresie oraz wnioskowanej formie.

.....
(data i podpis pacjenta/opiekuna ustawowego
lub osoby upoważnionej do odbioru)