

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Nr dowodu tożsamości

Nr telefonu kontaktowego

2. DANE PACJENTA KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

3. Dokumentacja dotyczy leczenia / diagnostyki /podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu / badania/

.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej, której dotyczy wniosek /np. historia choroby/

.....

5. Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej: *

- umożliwienie wglądu do dokumentacji medycznej
- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- wydanie w formie wyciągu, odpisu, wydruku
- wydanie na informatycznym nośniku danych.
- wydanie w formie skanu

6. Dokumentacja zostanie odebrana w sposób następujący: *

- osobiście
- upoważniam do odbioru.....

imię, nazwisko, adres, PESEL, nr dowodu tożsamości

- proszę przesłać na adres.....

7. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w **23 Wojskowym Szpitalu Uzdrawiskowo - Rehabilitacyjnym SP ZOZ w Łądku-Zdroju** oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji powyższego wniosku.

.....
*podpis wnioskodawcy ***

* należy zaznaczyć właściwy punkt

** należy złożyć czytelny podpis