



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. WNIOSKODAWCA:

.....
(Imię i nazwisko)

PESEL:

.....
(adres zamieszkania)

Telefon kontaktowy:

Proszę o wydanie/udostępnienie dokumentacji medycznej w następujący sposób:

(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wydanie wydruku do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń
 wydanie kopii wydanie wyciągu
 wydanie odpisu na informatycznym nośniku danych
 za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

Proszę o przesłanie dokumentacji medycznej na adres e-mail:

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:**

Imię i nazwisko

PESEL:.....

Adres:.....

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
 wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
 wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

3. ZAKRES UDOSTĘPNIONEJ DOKUMENTACJI: (proszę podać rodzaj dokumentacji i nazwę podmiotu)

- całość dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia
 dokumentacja z okresu:.....

w NZOZ Specjalistycznym Ośrodku Internistyczno-Diabetologicznym, ul. Zamenhofa 10/20, 15-435 Białystok,

- wybrany dokument (karta informacyjna, wynik badania) dotyczący leczenia w innym podmiocie
(podać nazwę podmiotu i rodzaj dokumentu)

.....
.....



4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- dokumentację odbiorę osobiście odbierze osoba upoważniona w siedzibie podmiotu leczniczego dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres zamieszkania określony w pkt.1
 dokumentację proszę przesłać na adres e-mail:
(Z uwzględnieniem treści oświadczenia***)

.....
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

5. POTWIERZDZENIE WYDANIA I ODBIORU

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej Potwierdzam odbiór dokumentacji med.

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzono na podstawie:

(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- dowód osobisty inny dokument (jaki?)
 dokumentację wysłano listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru o numerze nadawczymdnia
 dokumentację wysłano na wskazany przez pacjenta adres e-mail

*) Niepotrzebne proszę skreślić

**)Uzupełniamy wówczas, gdy wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta lub przedstawiciel ustawowy

OŚWIADCZENIE***

Ja, niżej podpisany, w związku ze złożonym przeze mnie wnioskiem o przesłanie kopii dokumentacji medycznej na podany przeze mnie adres e-mail..... oświadczam, iż wskazany adres e-mail jest moim adresem poczty elektronicznej i został wpisany poprawnie. Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy ryzyka jakie niesie za sobą przesyłanie danych drogą elektroniczną.

.....
Czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę