

Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej
dotyczącej leczenia w Centrum Medycznym im. dr. L. Rydygiera spółka z ograniczona
odpowiedzialnością

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu uprawnionego

Adres zamieszkania/siedziby.....

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego, adres e-mail.....

W wypadku skłádnia podmiotów uprawnionych prosimy wpisać NIP w miejscu nr PESEL

2. Dokumentacja medyczna dotyczy¹

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

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

3. Cel wydania dokumentacji medycznej (podanie celu nie jest obowiązkowe)

4. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę, poradni, gabinetu i datę lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniana)

5. Wnioskuje o (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu)

- Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem
- Wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie Centrum Medycznego im. dr. L. Rydygiera spółka z ograniczona odpowiedzialnością
- Sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej.
- Sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej.
- Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu (tylko dla uprawnionych podmiotów).

6. Dokumentacja medyczna (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu.)

- zostanie odebrana osobiście;
- elektronicznie;
- proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Centrum Medycznym im. dr. L. Rydygiera spółka z ograniczona odpowiedzialnością oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

.....
(podpis wnioskodawcy)

¹ Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia.

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Łódź, dnia

1. Tożsamość osoby odbierającej kopię dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie :

.....
(podać nazwę i nr dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokościzastron dokumentacji medycznej.

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej kopię dokumentacji)

3. Wysłano listem poleconym nr nadawczy..... dnia.....

.....
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)

POTWIERDZENIE ODBIORU ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Łódź, dnia

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie :

.....
(podać nazwę i nr dokumentu tożsamości)

2. Zobowiązuję się do zwrotu oryginałów dokumentacji medycznej niezwłocznie po wykorzystaniu,

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)