



Przychodnia Rodzinna Euro-Med

42-200 Częstochowa
Ul. 3 Maja 16
Tel. 34 361 27 62
www.przychodniaeuro.pl

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko pacjenta :.....PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....Nr. Telefonu:.....

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko pacjenta :.....PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....Nr. Telefonu:.....

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej: odpis, wydruk, wyciąg
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- za pośrednictwem komunikacji elektronicznej

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- wydanie kopii po raz pierwszy
- wydanie kopii po raz kolejny
- nazwa poradni:.....
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres e-mail w wiadomości zaszyfrowanej.....
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:.....

Oświadczam, iż:

1. zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępniania dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem placówki
2. pokryje koszty wysyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą)
3. w przypadku nie odebrania dokumentacji w ciągu 14 dni od zleconej usługi zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPLYWU:

Data:

Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - o upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - o odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

(rodzaj i numer dokumentu)

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

* zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych oraz prawach pacjenta (Dz.U 2017 poz 1318, Dz.U 2016 poz 922)