

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o:

- Wydanie wydruku elektronicznego
- Wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- Udostępnienie dokumentacji medycznej na nośniku danych (płyta)
- Udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni / pracowni:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście,
- proszę wysłać listownie na adres wskazany w dokumentacji medycznej,
- odbierze osoba upoważniona (upoważnieni musi znajdować się w kartotece pacjenta, upoważnienie notarialne),
- proszę wysłać elektronicznie na adres e-mail wskazany w dokumentacji medycznej,

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w EPOKA NZOZ SP. Z O.O.
- 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą) Dokumentacja zostanie wysłana po zaksięgowaniu wpłaty ,

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

- Wydano wydruk elektroniczny
- Wydano kserokopię dokumentacji medycznej
- Udostępniono dokumentację medyczną na nośniku danych (płyta)
- Udostępniono dokumentację medyczną do wglądu

.....
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