

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI

1. Dane wnioskodawcy

Imię i Nazwisko.....PESEL.....

Adres.....tel.

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej mojego leczenia/leczenia innej osoby¹:
(proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- ☐ do wglądu w siedzibie IMW im. Witolda Chodźki
- ☐ wydanie kopii/wydruku,
- ☐ wydanie odpisu/wyciągu
- ☐ wydanie informatycznego nośnik danych (płyta CD)

2. Dane pacjenta (wypełnić jeżeli dokumentacja nie dotyczy wnioskodawcy)

Imię i Nazwisko.....PESEL.....

Adres.....

3. Dokumentacja medyczna dotyczy leczenia (Klinika/ Poradnia/ Komórka Organizacyjna; okres leczenia):.....

4. Sposób odbioru dokumentacji (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce):

- ☐ dokumentację odbiorę osobiście/przez osobę upoważnioną¹ w siedzibie IMW im. W. Chodźki
- ☐ dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt 1, za pobraniem² (obejmującym koszt sporządzania kopii i koszty przesyłki według stawek Poczty Polskiej)
- ☐ dokumentację proszę przesłać elektronicznie na adres e-mail

¹ niepotrzebne skreślić

² Zobowiązuje się do pokrycia kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysyłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

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

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