

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE 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 w siedzibie IMW im. W. Chodźki
- przez osobę upoważnionąw siedzibie
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)
IMW im. W. Chodźki
- dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt 1, za pobraniem² obejmującym koszty przesyłki według stawek Poczty Polskiej
- dokumentację zabezpieczoną hasłem (przekazanym na wskazany numer telefonu) 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)