

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
Z Przychodni Obwód Lecznictwa Katowice

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko..... PESEL

Adres zamieszkania:

tel.

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania:

tel.

Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
 udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie podmiotu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

Poradnia okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
 odbierze osoba upoważniona:

imię i nazwisko: nr dowodu osobistego

adres zamieszkania:.....

*Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej,
zgodnie z cennikiem obowiązującym w Przychodni Obwód Lecznictwa Katowice.*

.....
Miejscowość, data.....
Podpis wnioskodawcy**PÓTWIERDZENIE WPŁYWU:** Uzgodniony termin odbioru / udostępnienia do wglądu:
Data i podpis pracownika**PÓTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI****Dokumentacja:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> odebrana osobiście przez pacjenta, | <input type="checkbox"/> upoważnienie w niniejszym wniosku, |
| <input type="checkbox"/> odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta: | <input type="checkbox"/> odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku). |
| <input type="checkbox"/> upoważnienie w dokumentacji medycznej, | |

PÓTWIERDZENIE 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