

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby upoważnionej do wydania dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni:
- okres leczenia:

Oświadczam, iż poinformowałem/łam osobę upoważnioną, że jej dane osobowe są przetwarzane do odwołania upoważnienia przez podmiot leczniczy PROFIL-MED, ul. Jana Kazimierza 25B\U1, 02-248 Warszawa, którego Administratorem danych osobowych jest PROFIL-TECH Rafał Stypik, ul. Konwerskiego 10, 06-400 Ciechanów. Oświadczam, że zapoznałam/tem się z obowiązkiem informacyjnym. Podmiot leczniczy nie pobiera żadnych opłat za wydanie kopii dokumentacji medycznej.

.....
miejsowość, data

.....
podpis pacjenta

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - 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