Załącznik do Zarządzenia Nr 97/2017 z dnia 17 maja 2017 r.

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Dane Wnioskodawcy:

Nazwisko i imię / nazwa podmiotu.....

PESEL/NIP .....

Numer i seria dowodu osobistego .....

Adres zamieszkania.....

Nr telefonu .....

Zwracam/y się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej

Pacjenta COZL Pani/Pana.....

Adres zamieszkania.....

PESEL:.....

Zakres dokumentacji (np. przebieg choroby, wynik badania, karta informacyjna, całość dokumentacji)

.....

.....

Za okres .....

FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI:

□ kserokopia (1 strona 0,30 zł)

□ kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem (1 strona 1,6 zł)

□ wyciąg z archiwum (1 strona 8 zł)

□ odpis z archiwum (1 strona 8 zł)

□ nośnik informatyczny - płyta CD z badaniami obrazowymi (1,6 zł)

FORMA PRZEKAZANIA INFORMACJI:

□ odbiór osobisty

□ odbiór przez

.....

/imię i nazwisko osoby odbierającej/

Uwaga: Osoba odbierająca dokumentację pacjenta musi mieć jego upoważnienie do wglądu w dokumentację medyczną

.....

/miejscowość i data/

.....

/podpis wnioskodawcy/

Dokumentację otrzymałem/-am: .....

/data i podpis osoby odbierającej/

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r. (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922).