Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICOR

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód tożsamości wnioskodawcy

MEDICOR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
38-300 Gorlice, ul. Cicha 7

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta: .....
nazwisko i imię, adres, PESEL
sporządzonej w tutejszej placówce.

2. Dokumentacja dotyczy leczenia w:

.....

3. Dokumentacja dotyczy leczenia realizowanego przez wszystkich lekarzy.

4. Rodzaj dokumentacji medycznej:

.....

5. Za okres:

od ..... do .....

6. Forma odbioru dokumentacji:
- ☐ osobisty
- ☐ przez osobę upoważnioną .....
nazwisko, imię, dowód tożsamości
- ☐ wysłanie pocztą
- ☐ wysłanie drogą elektroniczną na adres: .....

7. Forma udostępnienia dokumentacji:
- ☐ wgląd do oryginału
- ☐ wyciąg / odpis / kopia / wydruk – liczba wnioskowanych kopii: ……
- ☐ wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru
- ☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
- ☐ na informatycznym nośniku danych

8. Forma złożenia wniosku:
- ☐ osobiście
- ☐ pisemnie
- ☐ telefonicznie
- ☐ ustnie

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany art. 26 – 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 nr 52 z póź. zm.) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosowanie do zapisów art. 28 w/w Ustawy.

.....
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
czytelny podpis wnioskodawcy*

*Pole nieobowiązkowe w przypadku wniosku składanego w innej formie niż pisemna.