

Biłgoraj, dnia

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej (Załącznik nr 1)

Proszę o sporządzenie wyciągu/odpisu/kopii* dokumentacji medycznej z leczenia w:

- Poradni:, Izbie Przyjęć:,
- Oddziale: w dniach:

Rodzaj dokumentacji medycznej papierowej:

Rodzaj dokumentacji elektronicznej:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> całość dokumentacji | <input type="checkbox"/> płyta z badaniem RTG: |
| <input type="checkbox"/> od dnia | rodzaj i data badania: |
| <input type="checkbox"/> wyniki badań: | <input type="checkbox"/> płyta z badaniem CT: |
| <input type="checkbox"/> Karta informacyjna: | rodzaj i data badania: |

W imieniu własnym lub jako ustawowy (faktyczny) opiekun stwierdzam, że zostałem(a) zapoznany(a) z Klauzulą informacyjną do przetwarzania danych osobowych.

Dane wnioskodawcy:

Dane osoby, której dokumentacja dotyczy():**

.....
(imię i nazwisko)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania/zameldowania)

.....
(adres zamieszkania/zameldowania)

.....
(data urodzenia lub PESEL)

.....
(data urodzenia lub PESEL)

.....
(numer telefonu)

.....
(numer telefonu)

.....
(czytelny podpis)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że o powyższą dokumentację wnioskuję: po raz pierwszy po raz kolejny

Powyższe dane osobowe potwierdzam:
(podpis pracownika Działu Dokumentacji Medycznej) (data)

Potwierdzam odbiór wyciągu/odpisu/kopii* dokumentacji medycznej
(podpis pacjenta lub osoby uprawnionej)

Uwaga: Sporządzenie wyciągu/odpisu/kopii dokumentacji medycznej odbywa się na koszt wnioskodawcy.

*) Właściwie podkreślić.

**) Wypełnia się w przypadku, gdy dokumentacja medyczna dotyczy innej osoby niż wnioskodawca.