



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Środa Wlkp. dnia.....

Wniosek należy złożyć w Punkcie Rejestracji Pacjenta.

Imię i nazwisko		PESEL																		
Adres	ul. _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _ _ - _ _ _ _ , Miejscowość _____ Telefon _____																			
Rodzaj dokumentacji medycznej	Należy podać nazwisko lekarza prowadzącego, rodzaj i zakres dokumentacji, którego dotyczy wniosek.																			
Wnoszę o sporządzenie i wydanie kserokopii wyżej wymienionej dokumentacji medycznej. Jednocześnie zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kopii dokumentacji wg cennika Centrum. W przypadku zwolnienia z opłaty zobowiązuję się dostarczyć dokument potwierdzający fakt niepodlegania opłacie za udostępnienie (np. pismo z Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności).																				
Dokumentację odbiorę (zaznaczyć właściwą odpowiedź) osobiście <input type="checkbox"/> za pośrednictwem upoważnionej osoby <input type="checkbox"/>																				
..... Podpis wnioskodawcy																				
Wypełnić, gdy wniosek dotyczy dokumentacji pacjenta poniżej 18 roku życia lub osoby ubezwłasnowolnionej!!!																				
..... Czytelnie – imię i nazwisko Wnioskodawcy – Rodzica/Opiekun prawny/Przedstawiciel ustawowy									 Podpis										
Wypełnić, gdy Wnioskujący deklaruje odbiór dokumentacji za pośrednictwem upoważnionej osoby!!!																				
Ja, niżej podpisana/ny, legitymująca/cy się dowodem osobistym numer _____ upoważniam _____ legitymującą/cego się dowodem osobistym nr _____ wydanym przez _____ do odbioru kopii wyżej wymienionej dokumentacji medycznej.																				
..... Podpis wnioskodawcy																				
Koszty udostępnienia dokumentacji medycznej																				
Ilość stron: _____ Koszt udostępnionej dokumentacji: _____																				
..... Podpis pracownika																				
Dokumentacje wydano (zaznaczyć właściwą odpowiedź)										Dokumentację otrzymałam / otrzymałem										
Wnioskodawcy <input type="checkbox"/>																			
Osobie upoważnionej <input type="checkbox"/>																			
..... Podpis osoby wydającej, data									 Podpis osoby odbierającej, data										