

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. WNIOSKODAWCA

Imię i Nazwisko: Data urodzenia:

PESEL: Adres zamieszkania:

..... Telefon:

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- ☐ wydanie wydruku
☐ wydanie kserokopii
☐ do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja.

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i Nazwisko: Data urodzenia:

PESEL: Adres zamieszkania:

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI

- ☐ wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
☐ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
☐ wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta (wówczas należy dołączyć do wniosku oryginał upoważnienia)

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO

W okresie: (podaj konkretne daty lub zakres dat)

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- ☐ dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego
☐ do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam Panią/Pana
legitymującą/ego się dowodem osobistym nr
☐ dokumentację proszę przesłać na adres określony w pkt. 1, przesyłką poleconą.

5. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/em się z pouczeniem, które przedstawiono mi podczas wypełniania wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że oświadczenie jest dostępne również w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego, stanowiącym jego załącznik nr 2 oraz znajduje się na stronie internetowej podmiotu leczniczego (www.fizjosport.krakow.pl). Rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....
podpis wnioskodawcy

6. POTWIERDZENIE WYDANIA WNIOSKU

Po sprawdzeniu tożsamości Odbierającego, potwierdzam wydanie kopii dokumentacji medycznej:

.....
(podpis pracownika FIZJOSPORT)

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej:

.....
(czytelny podpis odbierającego)

.....
(data odbioru)