

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane osobowe pacjenta, którego dotyczy wniosek (jeżeli wnioskodawcą nie jest pacjent):

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

Zakres wnioskowanej dokumentacji:

Poradnia za okres r.

Oddział za okres r.

Wnioskuje o:

a) Wydanie:

- Kopii dokumentacji medycznej w postaci wydruku / kserokopii
- Odpisu dokumentacji medycznej
- Wyciągu z dokumentacji medycznej

Wgląd do dokumentacji medycznej

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii / wyciągu zgodnie z obowiązującym cennikiem

Dokumentację:

- Odbiorę osobiście
- Jednorazowo upoważniam do odbioru kopii dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

Nr i seria dokumentu tożsamości oraz PESEL upoważnionego:

- Zobowiązuję się powiadomić osobę odbierającą o konieczności pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej.

- Proszę przesać na adres jak w punkcie nr 1 – Należność ureguluję za zaliczeniem pocztowym; Jednocześnie oświadczam, iż wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji medycznej nie będzie obciążało Centrum CBT Sp. z o.o.

.....

(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy Podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)

Decyzja Kierownika Poradni / osoby decyzyjnej

- Wyrażam zgodę
- Nie wyrażam zgody

.....
(uzasadnienie w przypadku odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej)

Inspektor Danych Osobowych lub osoba upoważniona do przygotowania przedmiotowej dokumentacji

.....
(data podpis)

Wydanie dokumentacji medycznej

1) Potwierdzam odbiór wydruku / kserokopii dokumentacji medycznej

.....
(data imię i nazwisko odbierającego nr dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej)

.....
(podpis odbierającego dokumentację medyczną)

2) Potwierdzam wydanie wydruku / kserokopii dokumentacji medycznej

.....
(data podpis pracownika wydającego dokumentację medyczną)

3) Pobrano opłatę w wysokości..... zł

4) Wysłano listem poleconym

nr nadawczy dnia: