

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NR**Dane osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej:**

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej (kserokopia lub wydruk)
- wydruk Zaświadczenia o odbytych zabiegach rehabilitacyjnych
- wydanie odpisu / wyciągu / oryginału* dokumentacji medycznej

* należy zakreślić w kółko jedną z form

Wniosek dotyczy (poradnia i okres leczenia):**Oświadczam, iż:**

- zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Puckim Centrum Medycznym na podstawie Ustawy o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw;
- w przypadku nieodebrania przygotowanej dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów przygotowanej do udostępnienia dokumentacji medycznej. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury imiennej bez podpisu.

.....
miejsowość, data.....
podpis wnioskodawcy

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ WNIOSEK:

**POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI
OŚWIADCZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**Oświadczam, że w dniu udostępniono mi dokumentację medyczną
pacjenta Ilość stron

(imię i nazwisko, PESEL)

Pobrano opłatę w wysokości zł, numer paragonu:

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną sprawdzoną na podstawie dowodu osobistego
(seria i numer dowodu)
Data i czytelny podpis osoby udostępniającej.....
Data i czytelny podpis osoby odbierającej

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(wypełnia osoba wyrażająca zgodę na odbiór dokumentacji medycznej przez osobę trzecią)

Dane upoważniającego (Pacjent /przedstawiciel ustawowy pacjenta*):

.....
(Imię, nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie upoważniającego

Upoważniam Pana/Panią* (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....
(Imię, nazwisko)

.....
(PESEL)

legitymującego/ej się dokumentem tożsamości nr

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta (dane Pacjenta)

.....
(Imię, nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(data i podpis osoby upoważniającej)