

Dział Koordynacji Opieki

Kraków, 202... r.

DKO.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej wg poniższych danych:

.....
oddział, poradnia/ za jaki czas

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

.....
telefon

.....
adres zamieszkania

Oświadczam, że pokryję ewentualne koszty udostępnienia dokumentacji medycznej w całości, zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.)

.....
własnoręczny podpis

.....
dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji medycznej

.....
własnoręczny podpis osoby udzielającej upoważnienia

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w formie (kserokopii/ wyciągu/ odpisu/ zdjęć/ płyty z wynikiem TK, RTG/ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej/ na informatycznym nośniku danych)

.....
data

.....
własnoręczny podpis

Proszę o wysłanie ksera dokumentacji medycznej na adres wskazany we wniosku, za pośrednictwem Poczty Polskiej. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów przesyłki za pobraniem.

.....
własnoręczny podpis