

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany (-a), imię i nazwisko
legitymujący (-a) się dokumentem tożsamości
nr

zwracam się z prośbą o (zaznaczyć właściwe):

- 1) wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie jednostki organizacyjnej
Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ;
- 2) sporządzenie kopii, wyciągu, odpisu lub wydruku dokumentacji medycznej;
- 3) wydanie oryginału dokumentacji medycznej;
- 4) przesłanie kopii dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji
elektronicznej na adres e-mail:
hasło do rozszyfrowania plików proszę przekazać na nr tel.:
- 5) wydanie kopii dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych.

Zakres dokumentacji, której dotyczy wniosek:

Poradnia, w której wytworzono dokumentację:.....

Zakres czasowy: od..... do

Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna:

Imię i nazwisko:

Nr PESEL:

Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym wyżej wskazanej osoby*

Oświadczam, że zostałem upoważniony do odbioru dokumentacji przez powyższą osobę
(w takim przypadku należy załączyć do wniosku oryginał upoważnienia albo załączyć kopię
tegoż upoważnienia i okazać oryginał do wglądu)*

Oświadczam że upoważniam do odbioru mojej dokumentacji poniższą osobę:*

Imię i nazwisko odbierającego

Typ i nr dokumentu tożsamości osoby odbierającej

.....
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)

DOKUMENTACJĘ DO WGLĄDU UDOSTĘPNIONO DNIA.....

.....
(data i podpis osoby udostępniającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby, której udostępniono dokumentację)

*) niepotrzebne skreślić