

Siedlce, dnia

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej AS-MED

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Na podstawie przysługujących mi uprawnień zawartych w :

- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010 nr 252 poz.1697)
- Ustawie z dn. 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417)

WNIOSKUJĘ O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ AS-MED.

1. Wnioskodawca: Imię, nazwisko, adres - osoby ubiegającej się o udostępnienie dokumentacji medycznej

.....
.....

data urodzenia/ PESEL

2. Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta*- Imię, nazwisko, adres

.....
.....

Nr PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3. Wskazanie komórki (Poradni), z której ma być udostępniona dokumentacja medyczna:

.....

4. Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt 4**
- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt 4**

i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ AS-MED.

5. Uwierzytelniona (potwierdzona za „zgodność z oryginałem” ** TAK NIE

6. Dokumentację :

- odbiorę osobiście **
- odbierze upoważniona osoba **

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

- * - wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta
- ** - niepotrzebne skreślić

Wydano:

.....
Data

.....
czytelny podpis osoby odbierającej