

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*
do Dyrekcji Centrum Medycyny Rodzinnej Gnojnik I sp. z o.o.

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA:

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca jest inną osobą niż pacjent):

Imię i nazwisko:

Dane kontaktowe (adres, telefon):

Wnioskuję o udostępnienie w formie:

Kserokopii Kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem Odpisu Wyciągu Wydruku

Do wglądu w siedzibie CMR Gnojnik I Odwzorowania cyfrowego (skan) na informatycznym nośniku danych

Wydania oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, pod rygorem odpowiedzialności cywilnej i karnej za zgubienie, utratę bądź zniszczenie dokumentacji

Dokumentacji medycznej z leczenia w

.....

za okres leczenia:

Zakres udostępnianej dokumentacji medycznej:

Całość Karta informacyjna Wyniki badań Inne

Do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam (imię, nazwisko, adres)

W celu związanym z leczeniem**:

TAK NIE

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję zasady i tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zostałem poinformowany, że pierwsza kopia dokumentacji medycznej w danym zakresie udostępniana jest bezpłatnie - w przypadku przesłania jej drogą pocztową, osoba wnioskująca pokrywa koszt wysyłki (na podstawie cennika Poczty Polskiej). Każda kolejna kopia dokumentacji medycznej wydawana jest po uiszczeniu opłat, zgodnie z obowiązującym w CMR Gnojnik I sp. z o.o. cennikiem.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

*Na podstawie art. 26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

**Art. 43, ust. 1 pkt. 18. ustawy o podatku od towarów i usług z dn. 11 marca 2004 r. (DZ.U. Nr. 54, poz. 535, z późn. zm.)

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI:

Dokumentacja:

- Odebrana osobiście przez pacjenta w dniu
- Odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 1. upoważnienie w dokumentacji medycznej
 2. upoważnienie w niniejszym wniosku
 3. odrębne pisemne upoważnienie (dołączone do wniosku)

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

(rodzaj i numer dokumentu)

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji:

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację