

Mysłowice, dnia

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i Nazwisko		PESEL	
Rodzaj i seria dowodu tożsamości		Nr telefonu	

DANE PACJENTA:

(należy wypełnić tylko wtedy gdy dokumentacja medyczna **nie dotyczy** wnioskodawcy)

Imię i Nazwisko			
PESEL lub data urodzenia			
Adres zamieszkania		Nr telefonu	

PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

W celu:			
Z leczenia ambulatoryjnego	Za okres od - do	Poradnia:	
Zakres dokumentacji medycznej (np. cała dokumentacja lub jej część, wynik badania)			

Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

<input type="checkbox"/>	sporządzenie wydruku (dotyczy tylko dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej)
<input type="checkbox"/>	wydania kopii dokumentacji medycznej
<input type="checkbox"/>	wglądu do dokumentacji medycznej w siedzibie Euromed-M
<input type="checkbox"/>	sporządzenia dokumentacji w formie odpisu (kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem)

Dokumentację medyczną:

<input type="checkbox"/>	odbiorę osobiście
<input type="checkbox"/>	odbierze upoważniona osoba wskazana w dokumentacji medycznej
<input type="checkbox"/>	odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie załączam do wniosku

Zostałam/em poinformowana/y:

- o wysokości opłat z tytułu wydania kopii/ odpisu / wyciągu / wydruku dokumentacji medycznej
- że termin realizacji wniosku o udostępnienie wynosi do 14 dni od daty doręczenia do Euromed-M i jest ustalany indywidualnie

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

(data przyjęcia i czytelny podpis przyjmującego wniosek)

wysokość opłat zgodna z art. 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417 z zm.) ➔