



brandmed

CENTRUM MEDYCZNE
GESUNDHEITSZENTRUM

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Dane osoby wnioskującej:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr tel. kontaktowego)

.....

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(Wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent: przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona na podstawie Oświadczenia Pacjenta)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

Wnioskuje o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

- w formie:
- zakres:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami (sporządzenie kopii po raz pierwszy - bezpłatnie, kolejny raz koszt 0,30 PLN za stronę, udostępnienie w formie elektronicznej na nośniku danych 5 PLN).

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE PRACOWNIKA CENTRUM MEDYCZNEGO BRANDMED:

Data wpływu wniosku:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki (maksymalnie 7 dni od otrzymania wniosku):

Koszt wykonania kopii:

Data odbioru / wysyłki:

Podpis pracownika: