


| | | |
|---|---|--|
|  | WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ | Symbol: PZ1-PO5-I1-F1 Wydanie: 01 Obowiązuje od: 27.06.2019 Strona: 1 / 1 |
|---|---|--|

Kraków, dnia.....

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

PESEL:

Adres zamieszkania:.....

Nr tel. do kontaktu:

1. Dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

Nr PESEL

2. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w

.....

(podać nazwę oddziału, poradni i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępnia)

3. Udostępnienie dokumentacji obejmuje

.....

(należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej np. historia choroby; karta informacyjna z leczenia na oddziale, wyniki badań)

4. Wnioskuje udostępnienie dokumentacji w następujący sposób:*

- ☐ do wglądu;
- ☐ sporządzenie kopii;
- ☐ sporządzenie wyciągu;
- ☐ sporządzenie odpisu;
- ☐ udostępnienie zdjęć rentgenowskich wykonanych na kliszy za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu;
- ☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- ☐ na informatycznym nośniku danych.

5. Dokumentację wymienioną w pkt. 4:*

- ☐ odbiorę osobiście;
- ☐ proszę przesłać za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres:
- ☐ proszę przesłać pocztą elektroniczną na adres:

Składający kolejny wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kopii, wyciągu, odpisu lub skanu zgodnie z cennikiem obowiązującym w MCO

(podpis wnioskodawcy)

1. Wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

* Zaznaczyć X we właściwym miejscu.