

Radzyń, dnia

Załącznik nr 4 -Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Dane wnioskodawcy:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(PESEL)

.....
(tel. kontaktowy)

Dokumentacja medyczna dotyczy¹:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(PESEL)

Proszę o wydanie:

Kopii dokumentacji medycznej (cena za 1 stronę: 0,70 zł, kopia uwierzytelniona cena za stronę 1,40 zł)*

całości części (proszę opisać czego ma dotyczyć).....
.....

Odpisu dokumentacji medycznej (przepisany tekst oryginalnego dokumentu , cena za 1 stronę 6,00 zł*)

całości części (proszę opisać czego ma dotyczyć).....
.....

Wyciągu z dokumentacji medycznej (kopia części dokumentacji z informacją z jakiego dokumentu została wykonana, cena za 1 stronę 6,00 zł*)

.....
(proszę podać okres lub inne kryterium wg którego należy sporządzić wyciąg)

proszę przesłać na adres.....

lub poprzez

umożliwienie wglądu w dokumentację w siedzibie Zakładu

W przypadku, gdy o odpis lub kserokopię dokumentacji medycznej pacjenta zwraca się osoba nieupoważniona w dokumentacji medycznej jest ona zobowiązana przedstawić pisemne upoważnienie od pacjenta, które należy dołączyć do wniosku. W przypadku nie odebrania kopii, odpisu lub wyciągu dokumentacji medycznej zobowiązują się pokryć koszty jej sporządzenia, a tym samym wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.

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

* Wysokość opłat zgodna z art. 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 Nr 52, poz. 417 z zm.)

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie.....

(rodzaj i numer dokumentu tożsamości)

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację.)

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)