

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane wnioskodawcy :

Imię i nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres:

Adres e-mail:

Nr tel.:

Dokumentacja medyczna:

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL (wypełnić, jeśli inny niż wnioskodawcy):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ja, niżej podpisany wnioskuję o (zaznaczyć właściwe):

- wydanie kopii, wyciągu, odpisu, wydruku dokumentacji medycznej,
- wgląd w dokumentację medyczną w siedzibie Spółki,
- udostępnienie kopii dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych,
- sporządzenie kopii modelu ortodontycznego,
- wydanie oryginału dokumentacji medycznej za potwierdzeniem odbioru i z obowiązkiem zwrotu.

Zakres dokumentacji medycznej:

Sposób odbioru dokumentacji medycznej (zaznaczyć właściwe):

- osobiście z siedziby Spółki,
- listownie za pośrednictwem Poczty Polskiej,
- elektronicznie na adres e-mail:
- poprzez **osobę upoważnioną** tj.:
imię i nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, stosownie do obowiązujących stawek, nawet w przypadku nieodebrania wnioskowanej dokumentacji.

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Niniejszym potwierdzam odbiór (zaznaczyć właściwe):

- oryginału dokumentacji medycznej, z obowiązkiem zwrotu oryginału dokumentacji medycznej, w terminie do dnia r.
- kopii dokumentacji medycznej.

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Wypełnia Rejestracja:

WNIOSEK nr

Data przyjęcia do realizacji:r.

Imię i nazwisko pracownika przyjmującego wniosek:

Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej:

..... liczba stron kopii papierowej X stawka za 1 stronę = PLN

..... liczba stron wyciągu/odpisu X stawka za 1 stronę = PLN

informatyczny nośnik danych = PLN

kopia modelu ortodontycznego = PLN

opłata pocztowa = PLN

RAZEM DO ZAPŁATY: PLN

Imię i nazwisko pracownika wydającego dokumentację:

.....
data i podpis