

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

.....
miejsowość, data.....
podpis wnioskodawcy**POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika:

Centrum Medyczne Medica 360

ul. Błękitnej Armii 1E, 83-332 Dzierżążno prowadzone przez Respecto Medica Spółka z Ograniczoną
Odpowiedzialnością, 80-435 Gdańsk, ul. Biała 1, tel: + 48 500 160 360, +48 690 410 560,
email: biuro@medica360.pl , manager@medica360.pl

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - o upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - o odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

Centrum Medyczne Medica 360

ul. Błękitnej Armii 1E, 83-332 Dzierżążno prowadzone przez Respecto Medica Spółka z Ograniczoną
Odpowiedzialnością, 80-435 Gdańsk, ul. Biała 1, tel: + 48 500 160 360, +48 690 410 560,
email:biuro@medica360.pl , manager@medica360.pl