

PIECZĄTKA
ŚWIADCZENIODAWCY

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:
imię (imiona) nazwisko

nr PESEL / w przypadku noworodka – numer PESEL matki / w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

adres zamieszkania

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
Ja niżej podpisany (a), zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej.....

(określić: rodzaj dokumentacji medycznej, datę wykonywanych świadczeń)

Poprzez:

- ☐ sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii¹
- ☐ wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu
- ☐ umożliwienie wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

Dokumentację medyczną:

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ upoważniam do odbioru

imię i nazwisko osoby upoważnionej

nr PESEL/ nr dowodu osobistego osoby upoważnionej

☐ proszę o przesłanie listem poleconym za potwierdzeniem odbioru na adres:
Ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
Kod pocztowy.....Miejscowość.....

data i czytelny podpis wnioskującego

¹ Za sporządzenie wyciągów, odpisów, kopii podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z dnia 31 marca 2009 r. Nr 52. poz. 417)

Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39. poz. 353. z późn. zm.)

Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale

PIECZĄTKA
ŚWIADCZENIODAWCY

WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczną stwierdzono na
podstawie :

.....
(podać dokument)

2. Pobrano opłatę w wysokości zastron
dokumentacji medycznej.

3. Wystawiono fakturę nr z dnia

.....
data

.....
(czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej:

.....
data

.....
czytelny podpis odbierającego dokumentację medyczną