……..…….
miejscowość i data

Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisana(-y) ……..... posiadająca(-y) numer PESEL ……......., zamieszkała (-y) ....., identyfikująca (-y) się dowodem osobistym seria ..... numer ..... wydanym przez ..... niniejszym wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej:

□ do wglądu,
□ odpisu/wypisu,
□ kserokopii,
□ na elektronicznym nośniku danych,
□ na adres e-mail ……..,
w całości/w części od …… do ……

Dokumentację medyczną:

□ odbiorę osobiście
□ proszę przesłać na adres e-mail……
□ proszę wysłać pocztą /kurierem na adres ……

Zapoznałam(-em) się z opłatami za udostępnienie dokumentacji medycznej i przed jej osobistym odebraniem lub przesłaniem ureguluję koszty związane z jej udostępnieniem.

……
data i miejscowość, podpis pacjenta

Adnotacja ……

pieczątka jednostki

Dokumentację medyczną do wglądu udostępniono dnia ……

Sporządzono:
Odpis dokumentacji medycznej: stron …… koszt: ……
Kserokopię dokumentacji medycznej: stron …… koszt: ……
Na elektronicznym nośniku danych: …… sztuk: …… koszt: ……
Przesłano na maila: …… stron: …… koszt: ……
Zapłata: …… data ……
Odebrano dokumentację medyczną dnia: ……

……
data i miejscowość, podpis pacjenta

……
podpis pracownika sporządzającego