NARODOWY INSTYTUT
GERIATRII, REUMATOLOGII
I REHABILITACJI
IM. PROF. DR HAB. MED. ELEONORY REICHER

WNIOSEK O UDOSTEPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

Imię i Nazwisko Wnioskującego : .....

Telefon. Kontaktowy: .....

Zwracam się z prośbą o wydanie mi ksero dokumentacji medycznej:

Dane pacjenta

Imię i Nazwisko: .....

Pesel: | | | | | | | | | | | | lub **data urodzenia** .....

INFORMACJE DOTYCZĄCE PORADNII SPECJALISTYCZNEJ

Nazwa poradni: .....

Z okresu od ..... do .....

Kompletna historia choroby: tak/ nie wyniki badań laboratoryjnych tak/ nie RTG tak/ nie

uwagi:: .....

Dokumentacja medyczna zostanie odebrana poprzez:

a) odbiór osobisty;

b) odbiór przez osobę upoważnioną: .....

(Imię i Nazwisko osoby upoważnionej, data urodzenia)

c) proszę przesłać pocztą (do kwoty za xero należy doliczyć 15 zł za przesyłkę pocztową) tak/ nie

Uwagi: .....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania mi dokumentacji medycznej, oraz że pokryje koszt przygotowania wnioskowanej dokumentacji medycznej. Opłata za udostepnienie dokumentacji medycznej pobierana jest na mocy uprawnień nadanych podmiotom leczniczym – art. 28 Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Warszawa dnia ..... Podpis Wnioskodawcy: .....

Potwierdzam zgodność przygotowanej ksero kopii dokumentacji medycznej z Wnioskiem

Ilość stron .....

.....

Podpis pracownika

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej w dniu: .....

.....

Numer dowodu osobistego i podpis osoby odbierającej dokumentację

.....

Podpis pracownika