

Tulniki, dnia

Dyrektor NZOZ TULMED Pan Janusz Kowalczyk

Tulniki 65

21-220 Siemień

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 oryginału dokumentacji medycznej
- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- wydanie wyciągu dokumentacji medycznej
- wydanie odpisu dokumentacji medycznej
- sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej na płycie CD
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

*

* okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

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

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Tulmed Sp. z o.o.;
- 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą);
- 3) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:.....

Podpis pracownika:

WERYFIKACJA WNIOSKU (wypełnia osoba wskazana przez Administratora)

Stwierdzam, że wnioskodawca jest upoważniony / nie jest upoważniony do odbioru w /w. dokumentacji medycznej.

Uzasadnienie:

.....

.....

data i podpis osoby dokonującej weryfikacji

DECYZJA

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na udostępnienie w /w. dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem.

.....

data i podpis Administratora

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:

odebrana osobiście przez pacjenta,

odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:

upoważnienie w dokumentacji medycznej,

upoważnienie w niniejszym wniosku,

odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości:

.....

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