

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane Wnioskodawcy (Pacjenta lub Osoby Upoważnionej):
(data)

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

NR PESEL:

Numer telefonu do kontaktu:

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

NR PESEL:

Numer telefonu do kontaktu:

3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę oddziału, poradni, datę pobytu lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniona):

4. Rodzaj udostępnianej dokumentacji (np.: kopia : historia choroby, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych. kartoteka z poradni specjalistycznej):

5. Cel udostępnienia dokumentacji - należy wskazać cel udostępnienia (podkreślić właściwą odpowiedź):

- W celu dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym;
- W innym celu niezwiązanym z dalszym leczeniem.

6. Dokumentacja wymieniona w pkt. 3 (podkreślić właściwą odpowiedź):

- Zostanie odebrana osobiście;
- Zostanie odebrana przez upoważnioną osobę;

- Proszę o przesłanie listem poleconym, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, na adres jak w pkt. 1. *

** Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w PCM S.A. oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej. Dokumentacja zostanie przesłana po uprzedniej wpłacie na konto Bank Spółdzielczy w Prudniku nr rachunku 23 8905 0000 2000 0021 0887 0001, jako tytuł przelewu proszę wpisać: Imię i Nazwisko wnioskodawcy - opłata za dokumentację medyczną.*

7. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie (wpisać nazwę dokument, numer i serie):

8. Koszt udostępnionej dokumentacji:, (liczba stron:

9. Dokumentację wydano / wysłano w dniu:

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)