



PRZYCHODNIA AKADEMICKA W GLIWICACH
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

44-100 Gliwice, ul. Łużycka 5
sekretariat tel./fax (32) 231-43-01
rejestracja POZ (32) 213 47 00
rejestracja AOS (32) 213 47 50

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- wydanie płyty RTG

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni / pracowni:
- okres leczenia:
- dokumentacja potwierdzona za zgodność z oryginałem:
 - TAK
 - NIE

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów w/w Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Gliwice, dnia

.....
podpis wnioskodawcy

Odbiór dokumentacji medycznej w pokoju nr 25 w godzinach od 8:00 do 15:00.
Przygotowanie dokumentacji w ciągu 5 dni roboczych.

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- 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 / nie naliczono opłatę w wysokości:

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację