

NZOZ MEDICAMED	Z.1/Procedury udostępniania danych medycznych WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	Wydanie 4
		Obowiązuje od 23.09.2024

Sochaczew, dn.

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Osoba wnosząca (upoważniona):

Imię i Nazwisko

Nr PESEL

Nr dokumentu tożsamości ze zdjęciem

Adres zamieszkania

Numer telefonu kontaktowego

Status wnioskodawcy: (proszę określić kto występuje z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej)

Pacjent Osoba upoważniona przez Pacjenta / przez przedstawiciela ustawowego

Przedstawiciel ustawowy Pacjenta Osoba bliska

Dane PACJENTA (jeśli pacjent jest małoletni – oświadczenia [1 i 2] na drugiej stronie):

Imię i Nazwisko Pacjenta

Nr PESEL

Adres zamieszkania

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej :

z poradni:

Za okres: od (data)..... do (data).....

O w/w dane wnoszę po raz pierwszy po raz kolejny*

Sposób udostępnienia: wydruk za zgodność z oryginałem

wydruk przesłany drogą pocztową** (adres:))

wersja elektroniczna (PDF) przesłana na adres:

zabezpieczona hasłem:

* Oświadczam, iż pokryję koszty przygotowania dokumentacji medycznej, zgodnie z aktualnie obowiązującą opłatą.

** Oświadczam, iż pokryję koszty przesyłki pocztowej poleconej.

.....
Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

Oświadczenie 1 (pacjent małoletni)

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko, nr PESEL)

oświadczam, że jestem opiekunem prawnym dziecka: (imię i nazwisko, nr PESEL)

.....
Data i czytelny podpis opiekuna prawnego

Oświadczenie 2 (Osobą wnioskującą nie jest pacjent osobiście)

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia
(zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego – kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w
postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zezna
nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.)

.....
Data i czytelny podpis osoby wnioskującej

Dodatkowe uwagi:

.....
.....
.....

Wniosek złożony:

osobiście w Przychodni

za pośrednictwem *** [Oświad. 2]:

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

Wydanie dokumentacji.

Potwierdzenie odbioru wydruku:

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej (wydruk za zgodność z oryginałem)- stron.

.....
Data i podpis osoby odbierającej kserokopię dokumentacji

Dokumentację wysłano:

.....
Data i podpis osoby wysyłającej