

Bełchatów dn.r.

MegaMed sp. z o.o.
ul. Czaplinska 93/95
97-400 Bełchatów

Wniosek o udostępnienie informacji o stanie zdrowia/ dokumentacji medycznej**

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. 2012 poz. 159 ze zm.)

1. Dane wnioskodawcy:

- Nazwisko i Imię
- Adres zamieszkania
- Nr PESEL/Regon

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Numer telefonu

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

2. Wnioskującym o udostępnianie dokumentacji medycznej jest*:

- Pacjent (osoba, której dane dotyczą),
- Przedstawiciel ustawowy/opiekun
- Osoba upoważniona,

3. Dane identyfikujące osobę, której dokumentacja medyczna będzie udostępniana (wypełnić w przypadku, gdy wnioskującym nie jest osobą, której dane dotyczą):

- Nazwisko i imię:
- Adres zamieszkania:
- Nr PESEL

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

4. Zakres żądanych informacji o stanie zdrowia/dokumentacji medycznej*:

- Historia zdrowia i choroby z poradni:/daty skrajne.....
- Historia zdrowia i choroby z poradni:/daty skrajne.....
- Historia zdrowia i choroby z poradni:/daty skrajne.....
- Historia choroby Zespołu Chirurgii Dnia Jednego:/data.....
- Wyniki badań pracowni diagnostycznej:/data.....
- Inne:/data.....

5. Postać udostępnienia dokumentacji medycznej*:

- Do wglądu w podmiocie leczniczym (ośrodek zdrowia)
- Sporządzenie kopii/wyciągów /odpisów potwierdzonych za zgodność z oryginałem,**
- Wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

.....
(Czytelny podpis pacjenta)

6. Oświadczenie składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna pacjenta.

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej
..... (imię i nazwisko małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej, wpisać czytelnie,
drukowanymi literami).

.....
(Czytelny podpis)

Załączone dokumenty do wniosku:.....

7. Weryfikacja wniosku

Stwierdzam, że

.....
(Pieczętka i podpis osoby weryfikującej)

8. Potwierdzenie wydania i odbioru dokumentacji medycznej

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej.

W przypadku odbioru dokumentacji medycznej
przez osobę upoważnioną
nr upoważnienia.....

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
(Pieczętka i podpis wydającego)

.....
Bełchatów, dnia

.....
(Czytelny podpis osoby odbierającej)

-
- * Jeżeli TAK, to zakreśla kwadrat literą „x”:
 - ** niepotrzebne skreślić