



.....
Data i miejscowość

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię (imiona) i Nazwisko Pacjenta.....

Nr PESEL/data urodzenia.....

*W przypadku, gdy osobą składającą wniosek jest osoba inna niż pacjent (osoba upoważniona lub opiekun)

Imiona i nazwisko.....

Nr PESEL/data urodzenia

Forma dokumentacji: kopia

wyciąg/odpis/wydruk

Nośnik:

wersja papierowa

płyta CD

wersja elektroniczna

Zakres dokumentacji: całość

wybrany zakres

.....
.....
.....
(należy podać dodatkowe informacje co do formy oraz zakresu, np. daty, wybranych specjalistów, wybranych placówek)

Sposób odbioru dokumentacji:

osobiście w placówce MegaMed.....

mailowo na adres poczty elektronicznej

Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku wyboru doręczenia drogą e-mail, dokumentacja jest przekazywana w postaci zaszyfrowanej – zabezpieczona hasłem, które otrzymam na wskazany przeze mnie numer telefonu: Zostałem/am także poinformowany/a, że z uwagi na zakres dokumentacji (rozmiar pliku), jej przesłanie drogą e-mail może nie być możliwe i zostanie mi ona przekazana na nośniku CD, o czym zostaną poinformowany na wskazany przeze mnie powyżej numer telefonu.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o kosztach udostępnienia dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty wskazanej przez pracownika MegaMed.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

* wypełnić jeśli dotyczy

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta .

