



GABINETY ŁUCKA

WNIOSEK o udostępnienie dokumentacji medycznej

DANE WNIOSKODAWCY

NAZWISKO IMIĘ

PESEL TELEFON KONTAKTOWY.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

DANE PACJENTA (jeśli dokumentacja nie dotyczy wnioskodawcy)

NAZWISKO IMIĘ

PESEL TELEFON KONTAKTOWY.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

- sporządzenia całości kserokopii dokumentacji
- części (za jaki okres lub czego dotyczy).....
- odpisu/wyciągu
- wglądu do dokumentacji w siedzibie Przychodni
- wyników badań w niej zawartych

Dokumentację, o którą wnioskuję odbiorę:

- osobiście
- odbierze upoważniona osoba w dokumentacji medycznej
- odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie dołączam do wniosku

Zostałam/em poinformowana/y o wysokości opłat z tytułu wydania kopii/odpisu/wyciągu dokumentacji medycznej*

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem

.....
(data i podpis Pacjenta lub osoby upoważnionej, której tożsamość zweryfikowano)

.....
(data i podpis pracownika)

- Podstawa prawna : Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- Podstawa prawna: Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO)



UPOWAŻNIENIE

do wydania dokumentacji medycznej

(w przypadku upoważnienia osoby innej, niż wskazana w dokumentacji medycznej)

JA NIŻEJ PODPISANY

NAZWISKO IMIĘ

PESEL/lub DATA URODZENIA

ADRES ZAMIESZKANIA.....

NUMER DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ.....

UPOWAŻNIAM

NAZWISKO IMIĘ

PESEL/lub DATA URODZENIA

ADRES ZAMIESZKANIA.....

NUMER DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ.....

do odbioru mojej dokumentacji medycznej

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego