

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL (lub data urodzenia):

Adres:

Dane wnioskodawcy (jeśli inny niż pacjent):

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres:

Podstawa uprawnienia (np. upoważnienie, przedstawiciel ustawowy, osoba bliska):

.....

Zakres wnioskowanej dokumentacji:

☐ całość dokumentacji medycznej

☐ dokumentacja z dnia/okresu:

☐ dot. konkretnego leczenia/porady/zdarzenia:

Forma udostępnienia:

☐ wgląd w dokumentację na miejscu

☐ kopia papierowa

☐ kopia elektroniczna (e-mail):

☐ inna forma:

Cel udostępnienia (opcjonalnie):

Oświadczam, że zapoznałem/am się z obowiązkiem ochrony danych osobowych i przyjmuję do wiadomości, że dokumentacja zawiera informacje poufne.

.....
(podpis wnioskodawcy)