



Wnioskodawca:

Wrocław

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Pesel

.....
Telefon kontaktowy

**CENTRUM MEDYCZNE
PROFIMEDICA Sp. z o.o.**
Ul. Brossa 1d-1e
53-134 Wrocław

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie/przesłanie* kserokopii dokumentacji medycznej leczenia w Centrum Medycznym Profimedica Sp. z o.o.

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzeniaPesel

Adres zamieszkania

Zakres żądanej dokumentacji [właściwe podkreśl]:

- całej dokumentacji medycznej;
- dokumentacji medycznej dotyczącej okresu:
- wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj:
 -
 -
- Inny sposób określenia zakresu udostępnienia dokumentacji medycznej:
.....
 -

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej [właściwe podkreśl]::

- w formie kopii;





- na elektronicznym nośniku danych (np. płyta cd);
- inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej¹:

Czy wymagane jest potwierdzenie za zgodność z oryginałem [właściwe podkreśl]::

- tak
- nie

Odbiór dokumentacji [właściwe podkreśl]::

- osobiście
- poprzez osobę upoważnioną wskazaną w dokumentacji medycznej
- poprzez osobę upoważnioną inną niż wskazaną w dokumentacji (na podstawie pisemnego upoważnienia)
- pocztą na adres

Oświadczam, że zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji/i jej przestania w zakresie kolejnej kopii tej samej dokumentacji medycznej.

Oświadczam, że o daną dokumentację medyczną wnioskuję [właściwe podkreśl]::

- po raz pierwszy
- kolejny raz

.....
Data i Podpis² Wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór:

kserokopii dokumentacji medycznej w liczbie stron,
płyty CD badania ilość płyt
innego dokumentu (nazwa dokumentu)

.....
Data i Podpis³ Wnioskodawcy/osoby
upoważnionej

¹ Pozostałe formy określone w art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

² Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy; osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie.

*zaznaczyć właściwe

