

Ciechanów, dnia

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

z dnia/okresu

1) Imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna:

.....

2) PESEL lub rodzaj i numer dokumentu tożsamości:

.....

3) Adres zamieszkania:

.....

4) Przedstawiciel ustawy: imię i nazwisko, rodzaj i numer dokumentu tożsamości:

.....

5) Zakres wniosku:

.....

6) Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej:

Dokumentację:

- odbiorę osobiście
- przedstawiciel ustawy:.....
- osoba upoważniona: imię i nazwisko:.....
- proszę o przesłanie na adres e-mail:.....
- nr telefonu do wysłania KODU otwierającego plik:.....
- pocztą tradycyjną na adres:.....
- inny sposób:.....

UWAGA: Zaznaczenie opcji przesłania dokumentacji kanałem poczty elektronicznej lub tradycyjnej jest jednocześnie akceptacją ryzyk związanych z możliwością nieuprawnionego dostępu do dokumentacji medycznej wynikających z przesyłania poczty takimi kanałami.

Data i czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego

.....