

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres zamieszkania:
Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko:
PESEL:
Stopień pokrewieństwa.....

Wnioskuję o: wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
 udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

z poradni/pracowni za okres.....

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:
- proszę wysłać na adres:

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym Eskulap Centrum Medyczne w Ciechanowie Sp. z o. o.
- 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Potwierdzam odbiór/wgląd do wnioskowanej dokumentacji

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

- Naliczono opłatę w wysokości:zastron
- Zwolnienie z opłaty za dokumentację udostępnianą po raz pierwszy lub w przypadku o którym mowa w art.40 ust 1 ustawy z dnia 08 marca 2023r. o Krajowej Sieci Onkologicznej tj. Dz. U. 2024.1208.

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE WYSŁANIA DOKUMENTACJI

Dokumentację wysłano pocztą dnia.....

Naliczono opłatę w wysokości:(....stron + koszt przesyłki pocztowej)

.....
data i podpis pracownika wysyłającego dokumentację