



Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji medycznej:

pacjent rodzic opiekun prawny osoba upoważniona

imię i nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

adres zamieszkania:

numer telefonu kontaktowego:

adres e-mail:

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

imię i nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wnioskuję o wydanie dokumentacji medycznej:

ambulatoryjnej: za okres od do

szpitalnej: za okres od do

W formie:

kopii kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem wyciągu odpisu kopii na nośniku elektronicznym

Dokumentację odbiorę:

osobiście

proszę przesłać pocztą na adres*:

proszę o przesłanie na adres e-mail:

odbierze osoba upoważniona:

imię i nazwisko osoby upoważnionej:

numer i seria dowodu osobistego osoby upoważnionej:

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że mam świadomość tego, że ryzyko ewentualnej utraty lub zniszczenia przesyłki pocztowej zawierającej dokumentację medyczną lub ujawnienia jej treści w drodze pocztowej nie obciąża Centrum Słuchu i Mowy Sp. z o.o.

Zobowiązuję się do uiszczenia na rzecz Centrum Słuchu i Mowy Sp. z o. o. opłaty w wysokości zgodnej z zasadami pobierania opłat określonymi w art. 28 Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustalonej Zarządzeniem Zarządu Centrum Słuchu i Mowy Sp. z o.o., za udostępnienie dokumentacji medycznej przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub przez sporządzenie kopii dokumentacji w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i jej przekazanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej (w przypadku osobistego odbioru)

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

* Opłata za przesyłkę na koszt odbiorcy wg cennika ustalonego przez operatora pocztowego.