

Milicz, dnia.....

**Prezes Zarządu
Milickiego Centrum Medycznego sp. z o. o.
56-300 Milicz
ul. Grzybowa 1**

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

z leczenia w Milickim Centrum Medycznym sp. z o. o.

Dane wnioskodawcy

Dane pacjenta którego dokumentacja dotyczy	Dane przedstawiciela ustawowego pacjenta Lub osoby upoważnionej przez pacjenta
Imię i nazwisko.....	Imię i nazwisko.....
PESEL.....	PESEL.....
Adres.....	Adres.....
Nr telefonu.....	Nr telefonu.....

Osoba występująca z wnioskiem (właściwe zakreślić)

- Pacjent
- Przedstawiciel ustawowy
- Osoba upoważniona przez pacjenta

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- kserokopii całości dokumentacji.....
- kserokopii karty informacyjnej.....
- kserokopii wyników badań.....
- kopii badania/zabiegu na elektronicznym nośniku danych (płyta CD)
- inne.....

Z pobytu w:

- Szpitalu – Oddział data hospitalizacji od..... do.....
- Poradni Specjalistycznej ostatnia porada w roku.....
- Poradni POZ ostatnia porada w roku.....

Kopia dokumentacji medycznej jest mi potrzebna : POLE OBOWIĄZKOWE

- w celu kontynuacji leczenia
- w celach ubezpieczeniowo-odszkodowawczych
- w innym celu.....

Proszę o przesłanie po opłaceniu kosztów przesyłki oraz za kserokopię na konto MCM (jeśli jest taka konieczność) *

na adres.....

- Dokumentację odbiorę osobiście
- Do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam:

Imię i nazwisko.....

Numer dokumentu tożsamości.....

.....
(podpis wnioskodawcy)

* za udostępnienie dokumentacji medycznej przez sporządzenie kopii, wydruku oraz na informatycznym nośniku danych nie pobiera się opłaty w przypadku udostępnienia po raz pierwszy w żądanym zakresie na podstawie art. 28 ust 1 i ust 2a ustawy z dnia 6 listopada 2006 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.