

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
DO ZARZĄDU MILICKIEGO CENTRUM MEDYCNEGO Sp. z o.o.
Ul. GRZYBOWA 1 56-300 MILICZ**

Nr dokumentu: 4.1/PP
Nr ref.: 47, Wydanie: 2

.....
Nazwisko i Imię osoby wnoszącej
.....
Adres

Milicz, dnia
PESEL (jeden znak w jednej kratce)
.....
Nr telefonu

- Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie: *
- kopii, wyciągu, odpisu w wersji papierowej
 - kopii na elektronicznym nośniku danych (płyta CD)
 - przesłanie dokumentacji medycznej na podany adres zamieszkania
 - przesłanie dokumentacji medycznej na adres poczty elektronicznej – e-mail

.....
(Wpisać adres)
 dokumentacja medyczna własna
 dokumentacja medyczna

.....
(dane osoby, której dokumentacja dotyczy: Nazwisko i Imię PESEL)
z leczenia
(dokładna nazwa oddziału/poradni/pracowni)
za okres od do

- Rodzaj dokumentacji medycznej:
- historia choroby
 - historia zdrowia i choroby - poradnia specjalistyczna
 - wyniki badań
 - inne
 - karta informacyjna z leczenia szpitalnego
 - karta informacyjna z Izby Przyjęć Nocnej i Świątecznej
 - karta informacyjna z Izby Przyjęć Ogólnej
 - karta informacyjna z Izby Przyjęć Psychiatrycznej

którą odbiorę: osobiście za pośrednictwem poczty za pośrednictwem poczty elektronicznej (e-mail)
upoważniam do odbioru
(Nazwisko i Imię) (PESEL)

Poniosę koszty wykonania: wyciągu, odpisu, kopii dokumentacji medycznej lub wyciągu, odpisu kopii dokumentacji medycznej elektronicznym nośniku danych w wysokości obliczonej na podstawie art. 28 ust. 1 i ust 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2012 roku, poz. 159, ze zm.) oraz, w przypadku przekazania dokumentów za pośrednictwem poczty, dodatkowo koszt przesyłki.

.....
(własnoręczny podpis pacjenta/osoby upoważnionej)

Wypełnia Milickie Centrum Medyczne sp. z o. o. w Miliczu			
Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* (decyzja: Prezesa /Dyrektora Finansowego/Dyrektora ds. Medycznych, Kierownika Oddziału Pielęgniarki Koordynującej Poradni Specjalistycznej)		(podpis)	
Wydano (liczba stron/plików)		(identyfikator dokumentacji medycznej)
..... (data)	 (Nazwisko i Imię pacjenta/osoby upoważnionej)	
..... (nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości pacjenta/osoby upoważnionej)	 (własnoręczny podpis pacjenta/osoby upoważnionej)	
Wysłano (formy)	
..... (liczba stron/plików)		(identyfikator dokumentacji medycznej)	
..... (data)	 (podpis pracownika sporządzającego dokumentację)	

* włącznie zaznaczyć