

Załącznik nr.2

**WNIOSEK O
UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
PESEL
Nr telefonu

2. Dokumentacja medyczna dotyczy (należy wpisać dane pacjenta, jeśli wnioskodawcą jest inna osoba):

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
PESEL

3. Do jakich celów wnioskowane jest udostępnienie dokumentacji, należy podkreślić odpowiedni punkt:

- do urzędu (m.in. ZUS, KRUS, Sąd)
- do dalszego leczenia
- do celów własnych
- inne

4. Wnioskuję o:

- ☐ wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- ☐ wydanie wyciągu dokumentacji medycznej
- ☐ kopii na elektronicznym nośniku danych

5. Przygotowaną dokumentację (właściwe podkreślić):

- odbiorę osobiście
- upoważniam
(imię, nazwisko, PESEL)

6. Zakres udostępnienia:

- w całości
- w części

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Przychodni Lekarskiej Betiuk i Kwiatkowsky;
- 2) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Przychodnię Lekarską Betiuk i Kwiatkowsky, w celu udostępnienia mi dokumentacji medycznej;

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Podpis pracownika przychodni:

Dokumentację medyczną do wglądu udostępniono dnia

Wysokość opłaty zgodnie z cennikiem

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację