

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wniosek można składać osobiście / przez osobę upoważnioną na piśmie/ mailowo na adres: szpital@medikor.pl (szpital) rejestracja@medikor.pl (Centrum Medyczne)

Proszę o:

Nowy Sącz ___ - ___ - ___ r.

wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

wgląd do dokumentacji medycznej

wydanie wyników badań

wg poniższych danych:

Szpital położniczo-ginekologiczny Medikor*

Centrum Medyczne Medikor*

Oddział/Poradnia:

Dokumentacja medyczna dotyczy pobytu/wizyty od ___ - ___ - ___ r. do ___ - ___ - ___ r.

PESEL:

Telefon kontaktowy:

Adres mailowy:

Adres zamieszkania:

Oświadczam, że pokryję ewentualne koszty udostępnienia dokumentacji medycznej w całości, zgodnie z art. 28 Ustawy o prawach pacjenta I rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r., poz. 849

.....
czytelny podpis pacjenta

Dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji medycznej**:

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Telefon kontaktowy:

.....
czytelny podpis pacjenta udzielającego upoważnienie

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej

.....
czytelny podpis pacjenta/osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji

Proszę o wysłanie kopii dokumentacji medycznej na adres wskazany we wniosku, za pośrednictwem Poczty Polskiej**. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów przesyłki za pobraniem.

.....
czytelny podpis pacjenta

*zaznaczyć właściwe

**jeżeli dotyczy