

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu COR-MED M&S Diallo Spółka Jawna dotyczącej:

- mnie
- osoby, której jestem prawnym opiekunem lub przedstawicielem ustawowym
- osoby, która mnie upoważniła do występowania w swoim imieniu

Dokumentacja wydawana jest tylko wnioskodawcy lub osobie upoważnionej przez nią na piśmie

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko:

PESEL: **TELEFON:**

Adres zamieszkania:

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

NAZWA PORADNI

.....
Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz że pokryję w całości koszt kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Kserokopia dokumentacji medycznej jest płatana według Zarządzenia Dyrektora Spółki.

.....
podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór kserokopii*/wyciągu*/wgląd* w dokumentację medyczną w dniu

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

*niepotrzebne skreślić