

**DYREKCJA CENTRUM OPIEKI
MEDYCZNEJ W JAROSŁAWIU**

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

2. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko:

Adres:

PESEL:

3. Wnioskuje o:

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | wydanie kopii dokumentacji medycznej (potwierdzonej za zgodność z oryginałem) |
| <input type="checkbox"/> | wydanie odpisu, wyciągu lub zapisu elektronicznego |
| <input type="checkbox"/> | udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu |

4. Zakres udostępnianej dokumentacji *(rodzaj dokumentu – np. wpisy lekarskie, karta informacyjna, wyniki badań, nazwa oddziału, poradni, okres leczenia):*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Dokumentację medyczną odbiorę*:

osobiście,

odbierze osoba upoważniona *(imię, nazwisko, nr PESEL):*

.....

Oświadczam, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony w cenniku obowiązującym w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Pobranie opłaty nie dotyczy wydania pierwszej kopii dokumentacji medycznej.

.....
miejsceowość, data

.....
podpis Wnioskodawcy