

Dolnobrzeskie Specjalistyczne Centrum Medyczne Sp. z o.o.	Z-2/P-17 Wniosek o wydanie lub udostępnienie dokumentacji medycznej	Strona 1 z 1
		Wydanie 1
		Obowiązuje od 01.06.2017

WNIOSEK O WYDANIE LUB UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Centrum Medyczne	DSCM	Dane Wnioskodawcy	
Nazwisko:			
Imię:	PESEL:		
Adres zamieszkania:	Telefon kontaktowy:		
	Adres e-mail:		
Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej mojego leczenia / leczenia dziecka* w Dolnobrzeskim Specjalistycznym Centrum Medycznym w Brzegu Dolnym, którego jestem przedstawicielem ustawowym/osobą upoważnioną* : * niepotrzebne skreślić			
Dane Pacjenta			
Nazwisko:			
Imię:	PESEL:		
Adres zamieszkania :	Telefon kontaktowy:		
Dokumentacja medyczna			
Wnioskuję o:	<input type="checkbox"/> wydanie kserokopii dokumentacji medycznej <input type="checkbox"/> udostępnienie dokumentacji do wglądu <input type="checkbox"/> wydanie oryginału dokumentacji medycznej		
Zakres dokumentacji medycznej:	Leczenie w Poradni (<i>nazwa poradni</i>)		
	Okres (<i>data wizyty, data badania</i>):		
Dokumentację medyczną:	<input type="checkbox"/> odbiorę osobiście <input type="checkbox"/> odbierze upoważniona osoba <input type="checkbox"/> proszę przesłać na adres zamieszkania <input type="checkbox"/> proszę przesłać na inny, wskazany poniżej adres:		
Dodatkowe uwagi:			
<small>Podstawa prawna: art. 26, 27 i 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. poz. 836). Uwagi: Maksymalny termin realizacji Wniosku wynosi 30 dni od daty wpłynięcia.</small>			
Zobowiązuje się do oddania oryginału dokumentacji medycznej w ciągu 14 dni od daty jej otrzymania. (jeśli dotyczy).			
..... <i>data i czytelny podpis Wnioskodawcy</i>			
Dokumentację wydano/udostępniono dnia:			
..... <i>(czytelny podpis osoby wydającej/udostępniającej dokumentację)</i>	 <i>(czytelny podpis osoby, której wydano/udostępniono dokumentację)</i>	