



Optomed Piotr Jaworski
ul. Katowicka 50, 41-500 Chorzów
NIP 6341150726 REGON: 272906913
tel. +48 32 241 00 00

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Chorzów, dnia _____

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

PESEL _____

Telefon kontaktowy _____

Placówka lecznicza Poradnia / Oddział Chirurgii Jednego Dnia*

Dane wnioskodawcy (wypełnić tylko w przypadku, gdy pacjent nie jest wnioskodawcą):

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

PESEL _____

Telefon kontaktowy _____

Stopień pokrewieństwa _____

Zwracam się z prośbą o

- wgląd do dokumentacji medycznej,
 - w Poradni* /
 - Oddziale Chirurgii Jednego Dnia*
- wydanie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku*

Zakres żądanej dokumentacji obejmuje okres leczenia w placówce od _____ do _____

i obejmuje całość* / kartę informacyjną* / inne:* (jakie?)

z wynikami badań dodatkowych* / bez wyników badań dodatkowych*

Dokumentację odbiorę:

Osobiście*

Upoważniam*

Imię _____

Nazwisko _____

PESEL _____

Nr dokumentu tożsamości _____

Przesłać na adres (odbiorca będzie weryfikowany przez kuriera) *

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności, ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, oraz że pokryję określony w cenniku koszt przygotowania powyższej dokumentacji oraz ew. koszt wysyłki.

* zaznaczyć właściwe pole wyboru

czytelny podpis Wnioskodawcy

POTWIERDZENIE ODBIORU

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w dniu _____ .

podpis Pracownika

czytelny podpis Odbierającego