

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Zał.nr 1(PP 4)

Wniosek do: Archiwum Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu; ul. Krakowska 44; 45-075 Opole

Opole, dnia

1. WNIOSKODAWCA

Imię i Nazwisko: Pesel:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy: e-mail:

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wydanie kopii
- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

Imię i Nazwisko: Pesel:

Adres zamieszkania:

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta, który niniejszym oświadcza, iż jest przedstawicielem ustawowym pacjenta:

.....(podpis)

- wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta
- * wniosek składa osoba bliska dla pacjenta, która niniejszym oświadcza, iż była osobą bliską dla pacjenta

[* dotyczy wyłącznie sytuacji złożenia wniosku po śmierci pacjenta.....(podpis)

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA

- Szpital nazwa oddziału.....w okresie.....
- Poradnia nazwa poradni.....
- Pracownia nazwa pracowni.....
- inne jakie.....

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego
- do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam

Panią/Pana.....

- dokumentację proszę przesłać na adres określony w pkt. 1, przesyłką poleconą lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej*

* właściwe podkreślić

5. USTALONY TERMIN UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI: (wypełnia pracownik archiwum).....