

## Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

### Wnoszę o wydanie:

Kserokopii	<input type="checkbox"/>
Wyciągu	<input type="checkbox"/>
Odpisu	<input type="checkbox"/>

dokumentacji medycznej określonej w pkt 3 i zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 52 poz. 417) oraz ewentualnej przesyłki pocztowej.

### 1. WNIOSKODAWCA

#### Dane identyfikacyjne i kontaktowe

Imiona			
Nazwisko			
Data urodzenia			
Pesel		Nr telefonu	

#### Dokumentacja medyczna dotyczy\*\*

Imiona			
Nazwisko			
Data urodzenia			
Pesel		Nr telefonu	

\*\* wypełnić w przypadku, gdy o udostępnienie dokumentacji zwraca się przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona

### 2. ZAKRES DOKUMENTACJI

Dokumentacja dotyczy leczenia ambulatoryjnego/diagnostyki/zabiegu \*\*\* w Centrum

Rekonstrukcji Zdrowia z dnia: 

Data	
------	--

### 3. RODZAJ DOKUMENTACJI

Diagnoza	<input type="checkbox"/>
Karta informacyjna	<input type="checkbox"/>
Wyniki badań	<input type="checkbox"/>

Inne :

## 4. CEL WYDANIA DOKUMENTACJI

Własne po raz pierwszy w danym zakresie,

W związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach

Medycznych lub w związku ze sprawami dotyczącymi świadczeń z ubezpieczeń społecznych; w

Sprawach świadczeń przewidzianych w ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,

Inne :

## 5. SPOSÓB ODBIORU

Odebrana osobiście przez Wnioskodawcę lub osobę upoważnioną (zgodnie z upoważnieniem znajdującym się w dokumentacji medycznej)

Odebrana przez osobę wskazaną w „Upoważnieniu do odbioru dokumentacji medycznej”

Przesłana na adres e-mail

Adres email

Przesłana pocztą, listem poleconym na adres:

Państwo

Ulica

Numer

Miejscowość

Kod pocztowy

Czytelny podpis Wnioskodawcy