



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zał. DNA.02.02
Wersja: 1
Obowiązuje od: 25.10.2021
Strona 1 z 1

Ja niżej podpisany - Dane pacjenta		
Imię i nazwisko		
PESEL		
Adres zamieszkania		
Dokument tożsamości (rodzaj, seria, numer)		
Nr telefonu do kontaktu		
Data udzielenia pomocy lub okres leczenia		
Miejsce udzielenia pomocy (w przypadku pomocy jednorazowej)		
Proszę o wydanie <i>(właściwe zaznaczyć X)</i>		
Zaświadczenia o udzieleniu pomocy medycznej		
Kopii dokumentacji medycznej w formie	Kserokopii	
	Skanu <i>(na płycie CD)</i>	
Dotyczy leczenia prowadzonego w poradni:	Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ)	
	Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	
	Okulistycznej	
	Otolaryngologicznej	
	Kardiologicznej	
	Neurologicznej	
	Stomatologicznej	
Dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji/pełnomocnika		
Imię i nazwisko		
Dokument tożsamości (rodzaj, seria, numer)		
Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej wyżej wymienioną osobę		
Podpis pacjenta (lub przedstawiciela ustawowego)		
Data złożenia upoważnienia		
<i>Niniejszym zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za udostępnioną dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującym w WSRM w Łodzi cennikiem</i>		
Data i podpis osoby odbierającej		

Uwagi:

1. Prosimy o okazanie dokumentu pozwalającego na weryfikację danych pacjenta oraz dokumentu tożsamości osoby upoważnionej.
2. W przypadku osoby nieletniej – należy okazać akt urodzenia lub decyzję Sądu.
3. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – należy okazać decyzję Sądu.