

_____ dnia _____

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Dane osoby zgłaszającej wniosek:

1. Imię (imiona) i nazwisko _____
2. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania)

Osoba zgłaszająca wniosek jest: (proszę zaznaczyć właściwe)

- Pacjentem
- Osobą upoważnioną przez Pacjenta
- Przedstawicielem ustawowym Pacjenta
- Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta*

Dane Pacjenta, którego dotyczy wniosek:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Imię (imiona) i nazwisko _____2. Pesel lub data urodzenia _____ |
|---|

Zakres wnioskowanej dokumentacji

Dotyczy (proszę zaznaczyć właściwe)

- całości dokumentacji medycznej
- leczenia w okresie _____
- wskazanych rodzajów dokumentów: _____

Sposób udostępnienia i odbioru dokumentacji: (proszę zaznaczyć właściwe)

- do wglądu we wskazanej Klinice Optegra
 - poprzez sporządzenie kserokopii, którą odbierze osobiście:
 - Pacjent
 - Osoba upoważniona przez Pacjenta
 - Przedstawiciel ustawowy Pacjenta
 - Osoba bliską dla zmarłego Pacjenta*
 - poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany we wniosku adres mailowy
 - poprzez sporządzenie kserokopii i przesłanie listem poleconym za pośrednictwem Poczty Polskiej lub firmy kurierskiej pod wskazany we wniosku adres
- proszę o poświadczenie dokumentacji medycznej za zgodność z oryginałem**
UWAGA! Nie wysyłamy dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem drogą elektroniczną.

CZYTELNY PODPIS WNIOSKUJĄCEGO LUB OSOBY PRZYJMUJĄCEJ WNIOSZEK

* osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta