

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

DANE PACJENTA

Data i miejscowość

Imię i nazwisko pacjenta

Nr PESEL / Data urodzenia

W przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, obejmujący jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony**

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego w przypadku dzieci poniżej 18 r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych**

Nr pesel rodzica / opiekuna prawnego*
.....

Telefon kontaktowy

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej:

kopia dokumentacji medycznej (całość dokumentacji medycznej)

kopia dokumentacji medycznej

wybrani specjaliści:

.....

Okres od – do:

.....

inne (wyciąg, odpis, wydruk)

.....

Informacja

Nieodebrana dokumentacja zostanie zniszczona, po upływie dwóch tygodni, od momentu jej przygotowania. W szczególnych przypadkach, okres ten zostanie wydłużony do miesiąca, po uprzednim poinformowaniu placówki, o terminie jej odbioru.

Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

.....

.....

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI

Data odbioru dokumentacji

Imię i nazwisko osoby odbierającej dokumentację (innej niż pacjent):

..... Pesel/ Data urodzenia

Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

Data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

.....

.....

Dane osobowe będą przetwarzane przez Centrum Medyczne Medica Sp. o. o. w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Centrum Medyczne Medica Sp. o. o. znajdą Państwo na stronie internetowej plock.pzuzdrowie.pl oraz w naszych placówkach.

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

* zaznaczyć właściwe

** wypełnić jeśli dotyczy