……., dnia .....
Miejscowość

Imię i nazwisko: .....
PESEL*)[1] .....Telefon: ……
Adres: .....

WNIOSEK O WYDANIE KOPII / ODPISU / WYCIĄGU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ nr ……

Proszę o wydanie mi *) ☐ kopii ☐ odpisu ☐ wyciągu

☐ całości
☐ części dokumentacji medycznej *) z okresu …….....☐ w zakresie: .....
miesiąc/rok lub rok

.....
(np. nazwa poradni, rodzaj usług (konsultacje, zabiegi rehabilitacyjne, oddział dzienny, wyniki badan diagnostycznych)

dotyczącej *) ☐ mojego leczenia ☐ leczenia innej osoby w CKR Sp. z o.o.

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

.....
(imię i nazwisko pacjenta, PESEL (lub numer dokumentu potwierdzającego tożsamość) którego dotyczy wniosek)

.....
(adres pacjenta, którego dotyczy wniosek)

*Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji (należy zaznaczyć tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja): *)*
☐ *Wniosek składa przedstawiciel ustawowy*
☐ *Upoważnienie wystawione przez pacjenta*

Zobowiązuję się opłacenia należności za udostępnienie dokumentacji medycznej w powyżej zadeklarowanej formie (kopia/odpis/wyciąg) wg stawek cennika ustalonych przez Zarząd CKR Sp. z o.o. *)

☐ przy odbiorze
☐ na podstawie faktury przed otrzymaniem przesyłki pocztowej (w tym przypadku dodatkowo do pokrycia kosztów przesyłki poleconej za potwierdzeniem odbioru)

……. .....
(Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek) (podpis wnioskodawcy)

Planowany termin odbioru dokumentacji medycznej …….....

Potwierdzam prawidłowość wykonanej przeze mnie kopii dokumentacji medycznej ……..

Potwierdzam zgodność i prawidłowość ww. kopii z oryginałem……...

Potwierdzam odbiór wnioskowanej powyżej dokumentacji medycznej pacjenta (w liczbie stron .....)

…….....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej)

WYPEŁNIA PRACOWNIK CKR Sp. z o.o. (w przypadku wysłania dokumentacji za pośrednictwem poczty):

Data wysyłki dokumentacji..... ……
(data i czytelny podpis pracownika CKR Sp. z o.o.)

***) właściwe zakreślić**

[1] W przypadku, gdy nr PESEL nie został nadany: rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Podstawa prawna:
Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 ze zm.) *ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020, poz. 666 ze zm.)*