

....., dnia
Miejscowość

Imię i nazwisko:

PESEL Telefon:

Adres:

WNIOSEK O WYDANIE KOPII / ODPISU / WYCIĄGU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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

Data wysyłki dokumentacji.....

.....
(data i czytelny podpis upoważnionego pracownika CKR Sp. z o.o.)

*) właściwe zakreślić

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 09 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015, poz. 2069 ze zm.)