

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
W CENTRUM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI SP. Z O.O.**

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL

(w przypadku gdy nr PESEL nie został nadany: rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

(w przypadku gdy nr PESEL nie został nadany: rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Wnioskuję o wydanie*) kopii odpisu wyciągu dokumentacji medycznej

całości

części dokumentacji medycznej z okresu w zakresie:
(miesiąc/rok lub rok)

.....
(nazwa komórki organizacyjnej, rodzaj usług (konsultacje, zabiegi rehabilitacyjne, wynik badań diagnostycznych itp.)

w formie*)

dokumentu papierowego

skan przekazany drogą mailową.

Wnioskowaną dokumentację*)

odbiorę osobiście

odbierze osoba upoważniona – imię i nazwisko:

proszę wysłać na adres pocztowy:

proszę wysłać na adres mailowy,
a hasło przekazać na nr telefonu

Oświadczam, iż zobowiązuję się do opłacenia należności za udostępnienie dokumentacji medycznej w powyżej zadeklarowanej formie wg stawek cennika ustalonych przez Zarząd CKR Sp. z o.o. Opłatę wniosę przy odbiorze lub przed otrzymaniem przesyłki mailowej / pocztowej na podstawie faktury (w przypadku przesyłki pocztowej zobowiązuję się dodatkowo do pokrycia kosztów przesyłki poleconej za potwierdzeniem odbioru).

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

.....
(data i 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 w wersji papierowej za pośrednictwem Poczty Polskiej lub wersji elektronicznej e-mailem):

Data wysyłki dokumentacji

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

***) właściwe zakreślić**

USTAWA o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.)

Data wydania druku: 26.03.2024 r.