

....., dnia,
Miejscowość

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon:

PESEL

WNIOSEK O WYDANIE KOPII / ODPISU / WYCIĄGU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o wydanie mi *) kopii odpisu wyciągu

całości części dokumentacji medycznej *) z okresu

.....

miesiąc/rok lub rok

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, 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 w kasie CKR Sp. z o.o.

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

.....
(podpis wnioskodawcy)

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

Termin odbioru dokumentacji:

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

WYPEŁNIA UPOWAŻNIONY PRACOWNIK CKR Sp. z o.o. (w przypadku wystania 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. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm) ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010,
nr 252, poz. 1697)

Data wydania druku: 18.09.2012 r.