

SP ZOZ MSWiA z Warmińsko- Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie	Wniosek pacjenta o wydanie kopii/udostępnienie do wglądu dokumentacji medycznej z poradni / pobytu szpitalnego / zabiegów fizykoterapeutycznych	F-PP-1-0-1
--	---	------------

Olsztyn dn.

1. DANE PACJENTA:

Nazwisko: Imię:

PESEL tel.

Adres

Proszę o udostępnienie/wydanie kopii¹ dokumentacji medycznej z:

- poradni w okresie:
- pobytu szpitalnego w oddziale:
- zabiegów fizykoterapeutycznych, które były wykonywane w okresie

2. DANE WNIOSKODAWCY – osoba upoważniona (wypełnić w przypadku odbioru kopii dokumentacji przez inne osoby niż wnioskodawca; wymagane jest upoważnienie)

Nazwisko: Imię:

PESEL tel.

Upoważnienie: (wybrać odpowiedni wariant)

- ❖ zostało złożone w dokumentacji medycznej
- ❖ w załączeniu
- ❖ zostanie przedstawione przy odbiorze dokumentacji

3. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- odbiór osobisty
- przesłanie pocztą na wskazany adres po dokonaniu przedpłaty na konto SP ZOZ MSWiA z W-MCO w Olsztynie
konto: Bank Gospodarstwa Krajowego w Olsztynie 23 1130 1189 0025 0035 4720 0003
- odbiór przez osobę upoważnioną

Oświadczam, że zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kserokopii dokumentów zgodnie z Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta z dn. 6.11.2008 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) oraz pokrycia kosztów wysyłki naliczanych dodatkowo.

.....
(data, podpis wnioskodawcy)

4. POTWIERDZENIE WYDANIA/UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Tożsamość osoby odbierającej kserokopie dokumentacji sprawdzono na podstawie

.....seria nr.....
(nazwa dokumentu tożsamości)

2. Ilość stron.....

3. Wniesiono opłatę (gotówka/za pobraniem) w wysokości..... zł.

.....
(data, czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
(data, czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

¹ niepotrzebne skreślić