

Sopot, dnia

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**WNIOSKODAWCA**

Imię i nazwisko\ Nazwa organu lub podmiotu			
Adres zamieszkania/siedziby			
NR PESEL		Telefon kontaktowy	

Dokumentacja medyczna dotyczy osoby:

(UWAGA! Wypełnić tylko w przypadku, gdy Wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji medycznej innej osoby)

Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania			
NR PESEL		Telefon kontaktowy	

Status wnioskodawcy
(właściwe zaznaczyć "x")

działam w imieniu własnym.

działam jako osoba bliska w rozumieniu art. 3. ust. 1 pkt. 2) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.). "Użyte w ustawie określenia oznaczają:(...) 2) osoba bliska-małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta".

działam jako inna osoba tj.:

.....

Dokumentacja medyczna

Dokumentacja dotyczy wyjazdu ZRM/poradni/ambulatorium	
Z dnia/ za okres:	
Rodzaj dokumentacji medycznej: KMCR/KZW/wyniki badań/historia choroby/inne, wskazać jakie	

Potwierdzenie udostępnienia

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie (wskazać nazwę dokumentu tożsamości, numer, serie)

.....

Czytelny podpis osoby odbierającej:	Data i podpis pracownika wydającego dokumentację

Data i podpis Dyrektora MSPRzP w Sopocie

--