

Dane wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko.....

PESEL lub data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr dowodu tożsamości.....

Telefon kontaktowy.....

Działając:

w imieniu własnym

jako przedstawiciel ustawowy:

jako osoba upoważniona

jako uprawniony podmiot:.....

Ja niżej podpisana/ny zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji
medycznej:

.....

Dane pacjenta (imię i nazwisko, pesel osoby, której dokumentacja dotyczy)

W postaci:

sporządzenia wyciągu/odpisu/kopii/wydruku (podkreślić właściwe)

wglądu do dokumentacji w podmiocie leczniczym Stomatologia

Periomedica

wydania oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu
po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów
powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji
mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta

za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

na informatycznym nośniku danych.

Ze świadczenia usługi w zakresie:

sporządzenia całości

części (za jaki okres lub czego dotyczy):.....

Dokumentację, o którą wnioskuję odbiorę:

osobiście

odbierze osoba upoważniona w dokumentacji medycznej

odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie dołączam do wniosku

proszę wysłać na adres korespondencyjny lub e-mail.....

.....

Dokumentacja udostępniana jest:

w celu dalszego leczenia

w celu wydania orzeczenia

w innym celu

Zostałam/em poinformowana/y o wysokości opłat z tytułu wydania
dokumentacji medycznej.

.....

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Pracownik przyjmujący wniosek.....

Data i czytelny podpis