*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/y składam wniosek 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…………………….

………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………….

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Pracownik przyjmujący wniosek……………………………………………

Data i czytelny podpis