



.....
Data i miejscowość

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta:

nr PESEL/data urodzenia:

*w przypadku, gdy osobą składającą wniosek jest osoba inna, niż pacjent (osoba upoważniona lub opiekun):

Imiona i nazwisko:

nr PESEL/data urodzenia:

Forma dokumentacji: kopia wyciąg/odpis/wydruk

Nośnik: wersja papierowa wersja elektroniczna (e-mail)

Zakres dokumentacji: całość wybrany zakres:

.....
.....
.....

(należy podać dodatkowe informacje co do formy oraz zakresu, np. daty, wybranych specjalistów)

Sposób odbioru dokumentacji:

osobiście w Centrum Medycznym Royal Clinic:

mailowo na adres poczty elektronicznej:

Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku wyboru doręczenia drogą e-mail, dokumentacja jest przekazywana w postaci zaszyfrowanej - zabezpieczona hasłem, które otrzymam na wskazany przeze mnie numer telefonu: Zostałem/am także poinformowany/a, że z uwagi na zakres dokumentacji (rozmiar pliku), jej przesłanie drogą e-mail może nie być możliwe i wymagany będzie odbiór osobisty, o czym zostaną poinformowany/a na wskazany przeze mnie powyżej numertelefonu.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

* wypełnić jeśli dotyczy
Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta