

Warszawa, data.....r.

Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko:

Nr tel. do kontaktu:

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dokumentacja dotyczy¹ :

Imię i nazwisko:

PESEL:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia u

lekarza/y:

.....
.....

(podać imię i nazwisko lekarza oraz okres za jaki ma być udostępniona dokumentacja)

3. Wnioskuje o sporządzenie kopii dokumentacji;

4. Udostępnienie dokumentacji jest²:

- w celu dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym;
- w innym celu nie związanym z dalszym leczeniem.

5. Dokumentację wymienioną w pkt. 2²:

- odbiorę osobiście;
- proszę przesłać na wskazany adres e-mail

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Onkolmed Lecznica Onkologiczna s.c..

.....
Podpis Wnioskodawcy

¹ Wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

² Zaznaczyć X we właściwym miejscu