



**WNIOSEK O UDOSTĘPIENIE
KOPII/ ODPISU/ WYCIĄGU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

F5-P1-PR1/13.02.2017
Strona 1 z 1

Dane wnioskodawcy:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania (ulica, nr domu)

.....
Adres zamieszkania (miejscowość)

.....
seria i nr dokumentu tożsamości

.....
nr telefonu kontaktowego

Do: Kancelaria Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej
ul. Powstania Styczniowego 9B 81-519 Gdynia

Działając w imieniu własnym lub jako przedstawiciel ustawowy

Wnioskuje o udostępienie dokumentacji pacjenta:

.....PESEL _____
Imię i nazwisko pacjenta

- Wnioskuje o: wydanie kopii/ wydruku dokumentacji medycznej
 wydanie kopii dokumentacji medycznej poświadczonej za zgodność z oryginałem
 wydanie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej
 wydanie dokumentacji na nośniku elektronicznym
 przekazanie kopii dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail ...
 udostępienie dokumentacji w siedzibie UCMMiT do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

.....
(całość dokumentacji/ określone elementy dokumentacji)

1) dotyczy lat (okresu czasu): od do.....

- 2) dotyczy Przychodni Medycyny Pracy i Chorób Tropikalnych Zakład Diagnostyki Obrazowej
 Izby Przyjęć Klinika Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego
 Klinika Chorób Zawodowych i Wewnętrznych Klinika Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej
 Inne:

Dokumentację odbiorę: osobiście

proszę o przesłanie pocztą na adres:.....

za pośrednictwem upoważnionej osoby:

Imię i nazwisko upoważnionej osoby

.....
Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii, odpisu oraz jeśli to dotyczy przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu

Oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne z prawdą. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany o wysokości opłat za udostępienie dokumentacji medycznej

.....
data i podpis wnioskodawcy

.....
Uzgodniona data wykonania kopii dokumentacji

<p>Dokumentację wydano:</p> <p><input type="checkbox"/> wnioskodawcy/przedstawicielowi ustawowemu</p> <p><input type="checkbox"/> przesłano pocztą</p> <p><input type="checkbox"/> upoważnionej osobie</p> <p>..... Data i podpis osoby wydającej dokumentację</p>	<p>Dokumentację otrzymałem:</p> <p>.....</p> <p>..... Data i podpis osoby odbierającej dokumentację</p>
--	---