

Toruń, dnia

**Centrum Medyczne „OLK-MED”
Spółka z o.o. w Toruniu**

**Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej**

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

Numer telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

3. Proszę o kserokopię dokumentacji medycznej poradni

od stronydo strony.....ilość stron.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać jakich, inna)

.....

5. Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt 4 i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w CM OLK-MED**,
- wglądu do dokumentacji medycznej określonej w pkt 4.**

6. Dokumentację wymienioną w pkt. 4**:

- a) odbiorę osobiście;
- b) proszę przesłać na adres jak w pkt. 1;

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na wydanie kserokopii mojej dokumentacji medycznej (dotyczy pacjenta, który ukończył 16 lat a nie jest wnioskodawcą)

.....
(czytelny podpis pacjenta)

* wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

** niepotrzebne skreślić

Wydano:

.....

Data wydania dokumentu

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie

..... nr
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości zł., nr paragonu z dnia.....*

3. Wystawiono fakturę nr z dnia*

.....
(Czytelny podpis osoby
odbierającej dokumentację)

4. Wysłano listem poleconym nr nadawczy dnia*

.....
(Czytelny podpis pracownika
wydającego dokumentację)

*niepotrzebne skreślić