

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

„Uzdrowisko Horyniec” Sp. z o.o.
ul. Sanatoryjna 3
37-620 Horyniec-Zdrój

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Na podstawie art.28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity:Dz.U.2012r.poz.159 z późn. zm.)

Dane Wnioskodawcy (Osoby składającej wniosek):

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer PESEL:

Numer telefonu (opcjonalnie):

z leczenia w

.....
(nazwa i rodzaj leczenia)

w okresie

.....
(data pobytu lub okres z jakiego ma być dokumentacja medyczna)

Udostępnienie dokumentacji medycznej (zaznaczyć właściwe znakiem X):

- ☐ historia choroby
- ☐ wyniki badań (laboratoryjnych, RTG, USG, MR, TK itp.)
- ☐ karta informacyjna z leczenia
- ☐ Inne (jakie?):

Forma udostępnienia (zaznaczyć właściwe znakiem X)

- ☐ kopia papierowa / wydruk dokumentacji medycznej
- ☐ wyciąg / odpis dokumentacji medycznej
- ☐ zapis dokumentacji na elektronicznym nośniku danych - płyta CD

Dokumentację medyczną (zaznaczyć właściwe znakiem X):

- ☐ odbiorę osobiście

- upoważniam

.....
(imię i nazwisko, nr. dokumentu tożsamości)

proszę przesłać na adres.....

.....
Zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzenia kopii zgodnie z obowiązującym cennikiem w „Uzdrowisko Horyniec” Sp. z o.o. oraz pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem operatora.

.....
(własnoręczny podpis Wnioskodawcy)

Odbiór dokumentacji medycznej

.....
(data wydania dokumentu)

Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

.....
(nazwa i nr dokumentu tożsamości)

Pobrano opłatę w wysokości za stron dokumentacji medycznej.

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

Wystawiono fakturę nr.....z dnia

Wysłano listem poleconym nr nadawczy dnia

.....
(podpis pracownika wydającego dokumentację)