

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZNACZONEJ DO BRAKOWANIA

WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres:.....tel.:

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko PESEL.....

Nazwisko panieńskie (w przypadku pacjentki)

Adres.....tel:

TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć x we właściwej rubryce)

- pacjent, którego dokumentacja dotyczy;
- przedstawiciel ustawowy pacjenta; (oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej)
- osoba upoważniona do uzyskania dokumentacji medycznej (na podstawie upoważnienia notarialnego)

WNIOSEK:

Wnoszę o udostępnienie oryginału dokumentacji medycznej w zakresie: (proszę podać komórkę organizacyjną oraz okres lub datę udzielania świadczeń)

.....

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:

- osobiście / wysyłka na adres: (dotyczy wyłącznie wniosku złożonego osobiście po zweryfikowaniu tożsamości)

.....

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Polityką Prywatności oraz Obowiązkiem Informacyjnym zamieszczonym na stronie internetowej Fundacji Godula - Hope .

.....

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Dane zweryfikowane z dokumentem tożsamości / Dane NIE zweryfikowane z dokumentem tożsamości : Dowód osobisty / paszport / prawo jazdy

.....

Data, imię i nazwisko osoby przyjmującej wniosek

Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji medycznej

.....

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)