



Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej numer w wykazie

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

Numer telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu/datę udzielenia świadczenia)

.....

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

5. Wnioskuje o:

wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie właściwego rzeczowo podmiotu Grupy Medycznej Tommed

wydanie dokumentacji medycznej po raz pierwszy - bezpłatnie, zgodnie z treścią art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

wydanie dokumentacji medycznej uprzednio już udostępnionej i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji w wysokości maksymalnej określonej w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wg cennika obowiązującego w Grupie Medycznej Tommed

Dokumentację, o którą wnioskuję :

a. odbiorę osobiście

b. w moim imieniu odbierze osoba upoważniona tj. Pani/Pan
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

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



Administratorem Państwa danych osobowych jest właściwy rzeczowo podmiot z grupy Tommed. Obowiązek informacyjny spełniony został za pośrednictwem strony internetowej administratora w zakładce RODO oraz w siedzibie administratora na rejestracjach.

Druk nr 60 wersja nr 7

Potwierdzenie wglądu/odbioru kopii dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisana/-y legitymując się dowodem osobistym o numerze.....

- potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej, o którą wnioskowałem/am, udostępnionej po raz pierwszy – bezpłatnie
- potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej, o którą wnioskowałem/am, udostępnionej po raz kolejny – odpłatnie
- potwierdzam wgląd do okazanej dokumentacji medycznej
- potwierdzam wykonanie zdjęć okazanej dokumentacji medycznej

.....
Data i podpis osoby wydającej dokumentację

.....
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Osoba sporządzająca kserokopię dokumentacji medycznej

.....
Czytelny podpis

Upoważnienie sprawdził/a (na podstawie oryginału oświadczenia złożonego przez pacjenta w kartotece)

.....
Czytelny podpis