

Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja:
(wypełnić tylko w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

.....
imię i nazwisko
.....
adres zamieszkania
.....
nr telefonu
.....
PESEL

.....
imię i nazwisko
.....
PESEL
.....
nr telefonu

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci: wyciągu / odpisu / kopii / do wglądu *

Z,

za okres leczenia,

która mnie dotyczy / do której jestem upoważniony

Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji*: pierwszy raz (bezpłatnie) kolejny raz (odpłatnie)**

*właściwe zakreślić

** W przypadku, gdy wniosek składany jest ponownie w tym samym zakresie dokumentacji medycznej (również w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) oraz na informatycznym nośniku danych (płyce CD)), WZSOZ pobiera opłatę za ponowne udostępnianie kopii dokumentacji medycznej zgodnie z zapisami art. 28 ust. 2a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Podpis wnioskodawcy:

Wnioskowana dokumentacja:

- Odbiór osobiście
- Proszę o przesłanie na adres e-mail:
- Odbierze osoba upoważniona***:
imię i nazwisko nr dokumentu tożsamości
- Upoważnienie w IKP
- Inne

*** Zostałem poinformowany o możliwości upoważnienia za pomocą Internetowego Konta Pacjenta oraz o skutkach takiego upoważnienia

Wypełnia pracownik przyjmujący wniosek

Data wpływu wniosku:Podpis pracownika:

Data planowego odbioru dokumentacji

POTWIERDZENIE WERYFIKACJI UPOWAŻNIENIA osoby odbierającej dokumentację

Osoba wnioskująca, inna niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja, jest do niej upoważniona

- TAK NIE

Data:Podpis pracownika:

Data:Podpis osoby odbierającej dokumentację: