



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskuję o:

- ☐ wykonanie kopii dokumentacji medycznej
- ☐ wgląd do dokumentacji medycznej
- ☐ wydanie kopii wyników badań obrazowych na płycie CD/DVD
- ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej w innej formie

Dane Wnioskodawcy													
Nazwisko:													
Imię:			PESEL:										
Adres zamieszkania:								Telefon kontaktowy:					
								Adres e-mail:					
Dane Pacjenta													
Nazwisko:													
Imię:			PESEL:										
Dokumentacja medyczna													
Zakres udostępnienia dokumentacji medycznej oraz informacje dodatkowe (np. okres z jakiego ma być udostępniona dokumentacja medyczna)													

Odbiór dokumentacji medycznej:	☐ odbiorę osobiście ☐ odbierze upoważniona osoba Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/Pana..... legitymującego się dokumentem tożsamości nr..... ☐ proszę przesłać na wskazany niżej adres: ☐ wyrażam zgodę na pokrycie kosztów przesyłki UWAGI: 1. „przesyłka pobraniowa” (przesyłka przesłana na adres wskazany we wniosku - płatna przy odbiorze) 2. brak zgody Wnioskodawcy na pokrycie kosztów przesyłki powoduje przekazanie udostępnionej dokumentacji medycznej do Sekcji Statystyki Medycznej SPZOZ w Mińsku Mazowieckim do odbioru osobistego przez Wnioskodawcę lub upoważnioną osobę
Potwierdzam dane zawarte we wniosku.	
..... <i>data i czytelny podpis Wnioskodawcy</i>	

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej realizowany jest bez zbędnej zwłoki w terminie 14 dni od daty wpływu prawidłowo wypełnionego wniosku do SPZOZ w Mińsku Mazowieckim. W szczególnych wypadkach czas realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej ustalany jest indywidualnie i zależy od obszerności dokumentacji medycznej oraz jej dostępności dla Działu Rozliczeń i Organizacji Świadczeń Medycznych.