

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

ZNAJDUJĄCEJ SIĘ W KRAKOWSKIM CENTRUM REHABILITACJI

Wnioskuję o udostępnienie do wglądu w siedzibie Krakowskiego Centrum Rehabilitacji*/wydania kserokopii*/wyciągu*/odpisu*/ oryginału* dokumentacji medycznej dotyczącej:

	mojego stanu zdrowia,**
	stanu zdrowia osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym,**
	stanu zdrowia osoby przez którą zostałem/am upoważniony/na, które załączam.**

WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko PESEL

Rodzaj i numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania Tel.

DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i Nazwisko

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

Nazwa Oddziału

Pobyt od dnia do dnia

Nazwa Poradni lata

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję zasady i tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania dokumentacji ustalonej do zapisów w/w ustawy. Kserokopia dokumentacji medycznej jest płatna wg Zarządzenia Dyrektora

.....
Data

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór kserokopii*/wyciągu*/odpisu*/ oryginału* dokumentacji medycznej w dniu

Zobowiązuję się zwrócić Krakowskiemu Centrum Rehabilitacji oryginały pobranej dokumentacji medycznej zgodnie ze specyfikacją określoną w załączniku niezwłocznie po wykorzystaniu tj. do dnia***

.....
(Data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(Data i podpis osoby wydającej dokumentację)

*niepotrzebne skreślić
**odpowiednie zaznaczyć
*** jeżeli nie dotyczy skreślić