

	FORMULARZ	F-P-PP-2.1
	<i>Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej znajdującej się w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii</i>	Wydanie IV z dnia 14.05.2019 r.
		Strona 1 z 1

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
ZNAJDUJĄCEJ SIĘ W KRAKOWSKIM CENTRUM REHABILITACJI I ORTOPEDII**

Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej (zaznaczyć właściwe):

	mojego stanu zdrowia
	stanu zdrowia osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym
	stanu zdrowia osoby, przez którą zostałem/am upoważniony/ a (załączyć upoważnienie)

WNIOSKODAWCA:

Imię i Nazwisko..... PESEL.....

Rodzaj i numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania tel.

W przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym za pomocą poczty elektronicznej należy podać czytelnie adres e-mail:

DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy (wypełnić jeśli inne niż powyżej):

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia..... PESEL

Adres zamieszkania

Proszę o sporządzenie i wydanie dokumentacji medycznej:

do wglądu kopii odpisu wyciągu wydruku za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na informatycznym nośniku danych

z leczenia w Oddziale/Poradni/Pracowni.....

za okres od.....do.....

całość historia choroby karta informacyjna wyniki badań zapisy wizyt lekarskich inne (wskazać).....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję zasady i tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z póź. zm.). Zostałem poinformowany, że pierwsza kopia dokumentacji medycznej udostępniana jest bezpłatnie- w przypadku przesłania jej drogą pocztową, osoba wnioskująca pokrywa koszt wysyłki (na podstawie cennika Poczty Polskiej). Każda kolejna kopia dokumentacji medycznej wydawana jest po uiszczeniu opłat, zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora.

.....
Data

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór ww. dokumentacji medycznej, ilość stron

.....
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

.....
Data i podpis osoby wydającej dokumentację