

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

1. Wnioskujący (proszę zaznaczyć właściwe)

Pacjent Przedstawiciel ustawowy (opiekun) Osoba upoważniona przez pacjenta

Imię i nazwisko wnioskującego PESEL

2. Osoba, której dokumentacja dotyczy

Imię i nazwisko PESEL

3. Zakres żądanych informacji

Poradnia

Okres: od do

4. Forma udostępnienia (proszę zaznaczyć właściwe)

kserokopia dokumentacji/wydruk z systemu informatycznego

udostępnienie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej*

adres email, na który należy wysłać dokumentację medyczną:

.....

wydanie oryginału z zastrzeżeniem zwrotu (tylko w uzasadnionych prawnie przypadkach)

inne:

W przypadku zaznaczenia opcji wysyłki kopii dokumentacji pocztą elektroniczną pliki zostaną zabezpieczone hasłem. Hasło musi posiadać co najmniej 10 znaków, w tym przynajmniej jeden znak specjalny (niebędący literą ani cyfrą - np. !,?,) i jedną dużą literę. Hasło jest przekazywane na podany przez Wnioskodawcę numer telefonu lub w inny bezpieczny sposób.

Pliki będą kompresowane i zabezpieczone hasłem, zapisane w formacie ZIP. Pliki można odczytać m.in. za pomocą darmowego programu 7-ZIP (do pobrania np. ze strony www.7-zip.org). Posiadanie programu do dekompresji plików obsługujący format ZIP będzie konieczne do otwarcia przesłanych plików.

5. Wnioskowana dokumentacja zostanie odebrana:

osobiście,

poprzez osobę upoważnioną:

Imię i nazwisko PESEL.....

.....

data i podpis wnioskującego

Potwierdzenie odbioru dokumentacji

UWAGA: Osoba odbierająca dokumentację medyczną, nie będąca osobą , której dokumentacja dotyczy powinna być upoważniona do odbioru dokumentacji medycznej.

Imię i nazwisko

PESEL

.....
data i podpis wydającego dokumentację medyczną

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną