

 Centrum Diagnostyczno - Terapeutyczne MEDICUS Sp. z o.o.	Wniosek o wydanie kopii (odpisu, wyciągu) dokumentacji medycznej	Z4-F1
		Wydanie: 2
		Ważne od: 01.03.2018
Kategoria jawności: I (CHRONIONE)	Niniejszy dokument jest własnością CDT Medicus Sp. z o.o. Wszelkie prawa zastrzeżone.	Strona: 1 z 2

1 Wnioskodawca

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

Numer telefonu kontaktowego.....

2 Dokumentacja medyczna dotyczy*

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

3 Dokumentacja dotyczy leczenia/diagnostyki w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę porady/badania)

.....

4 Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, wyniki badań – podać jakich, inna)

.....

5 Dokumentację medyczną wymienioną w pkt 4**:

- a) odbiorę osobiście;
- b) odbierze osoba przeze mnie upoważniona.

.....
 (czytelny podpis wnioskodawcy)

* - wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

** - niepotrzebne skreślić

*** - wypełnić w przypadku zakreślenia punktu 5b

 <small>Centrum Diagnostyczno - Terapeutyczne MEDICUS Sp. z o.o.</small>	Wniosek o wydanie kopii (odpisu, wyciągu) dokumentacji medycznej	Z4-F1
		Wydanie: 2
		Ważne od: 01.03.2018
Kategoria jawności: I (CHRONIONE)	Niniejszy dokument jest własnością CDT Medicus Sp. z o.o. Wszelkie prawa zastrzeżone.	Strona: 2 z 2

6 Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej ***

Miejscowość, data

Ja niżej podpisany, upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem wniosek w

dniu..... Pana / Panią:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

- Oświadczam, że powyższe informacje zostały przekazane do CDT Medicus za wiedzą i zgodą osoby, którą upoważniam.
- Oświadczam, że poinformuję osobę wskazaną przeze mnie, iż na stronie internetowej www.cdtmedicus.pl zostały umieszczone szczegółowe informacje związane z ochroną danych osobowych.

.....
(Data i czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(Podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

7 Potwierdzenie udostępnienia

1. Tożsamość osoby odbierającej kopię (wyciąg, odpis) dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

.....nr lub numeru PESEL
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Ilość stron

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....
(data, czytelny podpis pracownika wydającego)

* - wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

** - niepotrzebne skreślić

*** - wypełnić w przypadku zakreślenia punktu 5b