



# Spółka Lekarzy **intercor** sp. z o.o.

ul. Kasztanowa 57, 85-605 Bydgoszcz

Dane Wnioskodawcy:

Bydgoszcz, data: .....

.....

.....

.....

tel: .....

## WNIOSK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1) Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce):

- w formie :  kopii  inne: .....
- w zakresie: dokumentacja medyczna z .....
  - w całości
  - w części: .....
- za okres: (od-do, data wizyty) .....

2) Dane Pacjenta, którego dokumentacja medyczna dotyczy:

imię..... nazwisko.....

adres zamieszkania.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3) Sposób odbioru dokumentacji, w przypadku jej wydania (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce):

- odbiorę osobiście (data odbioru .....
- odbierze osoba upoważniona wskazana w dokumentacji medycznej,
- odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie załączam do wniosku,
- odbierze osoba, której dokumentacja dotyczy,
- proszę przesłać na adres wnioskodawcy listem poleconym,
- inne .....

4) Oświadczenie: Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej Spółki Lekarzy INTERCOR Sp. z o.o. (stanowiący załącznik do Wniosku), rozumiem i akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz mam świadomość obowiązku pokrycia kosztów jej wykonania.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

.....  
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

5) Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:

Potwierdzam udostępnienie: <input type="checkbox"/> do wglądu <input type="checkbox"/> wydanie dokumentacji medycznej	W przypadku wydania dokumentacji medycznej: <input type="checkbox"/> liczba stron: ..... opłata za 1 stronę: ..... łącznie do zapłaty: ..... <input type="checkbox"/> zwolniony z opłat .....
---	---

.....  
Data i podpis osoby udostępniającej

.....  
Data i podpis wnioskodawcy/ osoby upoważnionej do odbioru

6) Potwierdzenie zwrotu oryginału dokumentacji medycznej (w przypadku wydania oryginału):

Potwierdzam zwrot wnioskowanej dokumentacji medycznej:

.....  
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację  
/ osoby dokonującej zwrotu

.....  
Data i podpis wnioskodawcy/ osoby upoważnionej