

PRZYCHODNIA PORTOWA Sp. z o.o.

ul. Energetyków 2
70-656 Szczecin

SEKRETARIAT

91 44 12 102
91 44 12 149

MARKETING

91 44 12 130

Port Zdrowie

ul. Citroena 8
70-772 Szczecin

REJESTRACJA

91 441 53 00

ADMINISTRACJA

91 44 12 102

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i Nazwisko _____

PESEL _____

Adres zamieszkania

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a, zwracam się z prośbą o wgląd /wydanie kopii⁴ dokumentacji medycznej pacjenta:

/Imię, nazwisko i PESEL pacjenta/

Określenie rodzaju dokumentacji i okres: _____

Poprzez

- ☐ umożliwienie wglądu do dokumentacji i sporządzenie kopii,
- ☐ wydanie kopii dokumentacji medycznej,
- ☐ wydanie w innej formie (wyciągu, odpisu.) _____

Dokumentację medyczną odbiorę:

- ☐ osobiście
- ☐ przesłanie na adres mailowy
- ☐ upoważniam:

/imię i nazwisko, PESEL, nr dokumentu tożsamości/

Podstawa prawna wydania:

- ☐ dokumentacja dotyczy wnioskodawcy
- ☐ upoważnienie złożone w dokumentacji medycznej
- ☐ upoważnienie jednorazowe (odrębne)¹
- ☐ prawny opiekun osoby małoletniej²
- ☐ prawny opiekun osoby ubezwłasnowolnionej³

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji, na zasadach i w wysokości przewidzianej w przepisach prawa.

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Podpis osoby przyjmującej wniosek

Podpis Wnioskodawcy

Dokumentacja została wydana w dniu _____ w formie: odbiór osobisty, wysłane pocztą, wysłane mailem⁴

1. wnioskodawcy⁴
2. osobie trzeciej⁴ _____

/imię i nazwisko, PESEL, nr dokumentu tożsamości/

Podpis osoby wydającej dokumentację

¹ Niniejszym oświadczam, że przedkładane przez mnie upoważnienie zostało własnoręcznie podpisane przez osobę upoważniającą.

² Niniejszym oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby małoletniej i posiadam prawo do dokumentacji medycznej małoletniego.

³ Niniejszym oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby ubezwłasnowolnionej i posiadam prawo do dokumentacji medycznej.

⁴ Niepotrzebne skreślić.