

**WNIOSEK O WYDANIE WYDRUKU Z DOKUMENTACJI PROWADZONEJ W WERSJI
ELEKTRONICZNEJ/ KOPII/ ODPISU/ WYCIĄGU LUB O WGLĄD DO DOKUMENTACJI
MEDYCZNEJ****Wnioskodawca:**

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
ADRES	
NR TELEFONU	
DATA ZGŁOSZENIA	

**Niniejszym proszę o wydanie wydruku z dokumentacji prowadzonej w wersji elektronicznej/
kopii/ odpisu/ wyciągu lub wgląd do dokumentacji pacjenta:**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
PESEL	
ODDZIAŁ	
RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	
OKRES	od.....do.....

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą upoważnioną do dostępu do dokumentacji medycznej w/w pacjenta (w przypadku opiekuna prawnego należy przedstawić kopię postanowienia sądu)

.....
(Imię i nazwisko, PESEL/data urodzenia wnioskodawcy)

.....
podpis wnioskodawcy

Dokumentację medyczną:

- odbiorę osobiście
- proszę przesłać listem poleconym na adres.....
- proszę przesłać na adres mailowy:.....

INTER-MED S.C. informuje, że kopię dokumentacji należy odebrać w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku. Po upływie tego czasu dokumenty ulegają kasacji i należy złożyć ponownie wniosek o jej udostępnienie.