

.....
(miejsowość i data)

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

DATA URODZENIA/PESEL.....

Wnoszę o wydanie dokumentacji medycznej w zakresie:

- Wyniki badań diagnostycznych.....(rodzaj badania)
- Opisy wizyt lekarskich..... (nazwisko lekarza)
- Karta informacyjna leczenia szpitalnego(data zabiegu)
- Inne.....(rodzaj i data dokumentów)

Forma przekazania dokumentacji medycznej:

- Przygotowanie wersji papierowej – odbiór osobisty.
- Przygotowanie wersji papierowej – wysłanie pocztą na adres wskazany we wniosku (list polecony).
- Przesłanie drogą elektroniczną*.

Adres e-mail..... **

Numer telefonu..... **

* Oświadczam, że posiadam świadomość ryzyka, jakie wiąże się z przesyłaniem danych za pośrednictwem poczty elektronicznej. Zostałem/am również poinformowany/a, że w przypadku wyboru doręczenia drogą e-mail, dokumentacja jest przekazywana w postaci zaszyfrowanej - zabezpieczona hasłem, które otrzymam na wskazany przeze mnie numer telefonu. Zostałem/am także poinformowany/a, że z uwagi na zakres dokumentacji (rozmiar pliku), jej przesłanie drogą e-mail może nie być możliwe i zostanie mi ona przekazana przez domenę <https://www.wetransfer.com/>, o czym zostaną poinformowany na wskazany przeze mnie powyżej numer telefonu.

Czytelny podpis pacjenta / jego przedstawiciela ustawowego / osoby upoważnionej przez pacjenta***

.....

Czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek.....

**Wypełnić w celu umożliwienia przekazania dokumentacji medycznej drogą elektroniczną.

*** Dokumentacja zostanie wydana jedynie Pacjentowi lub osobom upoważnionym przez Pacjenta do odbioru dokumentacji medycznej (oświadczenie należy wypełnić lub dostarczyć do rejestracji Carolina Medical Center).