

....., dn.....
Miejscowość; data

Do Dyrektora WOMP Katowice

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca:

.....
Imię i nazwisko, Pesel lub dokument tożsamości

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

.....
Imię i nazwisko Pacjenta/ tki, Pesel lub dokument tożsamości

3. Zakres dokumentacji medycznej:

.....

4. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez:

- wgląd do dokumentacji medycznej określonej powyżej*
- wydanie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku i zobowiązuję się do pokrycia kosztów zgodnie z obowiązującym w WOMP Katowice cennikiem *
- wydanie na informatycznym nośniku danych i zobowiązuję się do pokrycia kosztów zgodnie z obowiązującym w WOMP Katowice cennikiem *
- wypożyczenie dokumentacji medycznej w oryginale lub/ i * zdjęć RTG wykonanych na kliszy i zobowiązuje się do ich zwrotu po wykorzystaniu* do dnia.....
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres email.....*

5. Dokumentacje wymienioną w pkt. 3 :

- Odbiorę osobiście*
- Proszę przesać na adres:....., jednocześnie oświadczam, że pokryje koszty przesyłki*
- proszę przesać adres e-mail*.....
hasło do pliku – pesel

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

Ja niżej podpisana/y potwierdzam odbiór w/w dokumentacji medycznej/zdjęć RTG*

.....
Data i podpis osoby odbierającego dokumenty Data i podpis osoby wydającego dokumenty