

Osoba wnioskująca:**Osoba, której dotyczy dokumentacja medyczna
(wpisać jeżeli jest to osoba inna niż wnioskująca):**.....
(imię, nazwisko wnioskującego).....
(imię, nazwisko).....
(PESEL).....
(PESEL)

.....

.....

.....
(adres zamieszkania).....
(adres zamieszkania).....
(TELEFON KONTAKTOWY).....
(TELEFON KONTAKTOWY)**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie
ul. Klonowa 1
46-300 Olesno****WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej pacjenta leczonego w Zespole Opieki Zdrowotnej w Oleśnie - zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej / właściwie zaznaczyć/	
<input type="checkbox"/> Karta informacyjna	<input type="checkbox"/> Wyniki badań laboratoryjnych
<input type="checkbox"/> Pełna dokumentacja	<input type="checkbox"/> Wyniki badań radiologicznych
<input type="checkbox"/> Inne/ jakie ?	
Za okres :	Poradnia/Oddział :

Forma udostępnienia dokumentacji medycznej: / właściwie zaznaczyć/	
<input type="checkbox"/> Kopia	<input type="checkbox"/> Papierowa
<input type="checkbox"/> Wyciąg/ wgląd	<input type="checkbox"/> Elektroniczna

Sposób odbioru dokumentacji: / właściwie zaznaczyć/:

- Odbiorę osobiście
- Jednorazowo upoważniam do odbioru.....
Imię i nazwisko osoby odbierającej
- Korespondencyjnie na adres: (proszę podać adres: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer)
.....
- Osoba upoważniona w dokumentacji medycznej
- Elektronicznie
adres poczty mailowej/ePUAP/ e-doręczenia

