FIZJO SPORT®
centrum rehabilitacji funkcjonalnej

Kraków, dnia: ……

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
(Proszę wypełnić drukowanymi literami)

1. WNIOSKODAWCA

Imię i Nazwisko: …… Data urodzenia: ……..

PESEL: …… Adres zamieszkania: ……

…… Telefon: ……..

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)
☐ wydanie wydruku
☐ wydanie kserokopii
☐ do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja.
DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i Nazwisko: …… Data urodzenia: ……

PESEL: …… Adres zamieszkania: ……

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI

☐ wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
☐ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
☐ wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta (wówczas należy dołączyć do wniosku oryginał upoważnienia)

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO

W okresie: (podaj konkretne daty lub zakres dat) .....

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

☐ dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego
☐ do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam Panią/Pana .....
legitymującą/ego się dowodem osobistym nr .....
☐ dokumentacje proszę przesłać na adres określony w pkt. 1, przesyłką poleconą.

5. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/em się z pouczeniem znajdującym się w regulaminie porządkowym podmiotu leczniczego, stanowiącym załącznik nr 1, oraz znajdującym się na stronie internetowej (www.fizjosport.krakow.pl), rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

---

6. POTWIERDZENIE WYDANIA WNIOSKU
Po sprawdzeniu tożsamości Odbierającego, potwierdzam wydanie kopii dokumentacji medycznej:

.....
(podpis pracownika FIZJOSPORT)

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej:

....
(czytelny podpis Odbierającego) (data odbioru)