| SIGMA MEDIC CENTRUM MEDYCZNE | **Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej lub o wgląd* do dokumentacji medycznej** | |
|---|---|---|
| | | strona 1/2 |

……
data

**Wnioskodawca**

.....
imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia)

.....
adres

.....
telefon

Oświadczam, że jestem osobą upoważnioną dodostępu do dokumentacji medycznej w/w pacjenta
(w przypadku opiekuna prawnego należyprzedstawić kopię postanowienia sądu)

**Niniejszym proszę o wydanie oryginału/**

**wydruku/kopii/odpisu/wyciągu z dokumentacji medycznej lub o wgląd do dokumentacji medycznej**

.....
imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia pacjenta

.....
oddział

.....
rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby)
okres od …… do……..……

……..……
podpis wnioskodawcy

Dokumentację medyczną (proszę wybrać właściwą pozycję):

odbiorę osobiście

proszę przesłać listem poleconym na adres .....

.....

Sigma Medic Sp. z o.o. 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.

Wydanie oryginałów dokumentacji medycznej przez pracownika Sigma Medic Sp. z o.o. zabezpieczającego kopię

…….. ……..
data nazwisko, imię pracownika

…….. ……..
data podpis osoby odbierającej

Zwrot oryginałów dokumentacji medycznej i potwierdzenie odbioru przez pracownika Sigma Medic Sp. z o.o.

…….. ……..
data podpis osoby zwracającej oryginał

…….. ……..
data nazwisko, imię pracownika