

Załącznik nr 3

.....
miejsowość, data

**Wniosek
o wydanie oryginału dokumentacji medycznej**

CZĘŚĆ I

1. Wnioskodawca

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego:

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego:

3. Ja, niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym Seria..... Nr.....
zwracam się z prośbą o wydanie oryginału dokumentacji medycznej sporządzonej w Centrum
Medycznym MAVIT w okresie od do
w Oddziale/Poradni**

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

CZĘŚĆ II

Potwierdzenie wydania oryginału dokumentacji

Ja, niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym Seria..... Nr.....
oświadczam, że otrzymałem/am oryginał dokumentacji medycznej w/w pacjenta. Ponadto
zobowiązuję się do zwrotu nieuszkodzonej, kompletnej dokumentacji niezwłocznie po jej
wykorzystaniu, **jednak nie później, niż w terminie 30 dni od daty odbioru dokumentacji**, oraz do
zachowania zasad poufności i ochrony danych osobowych.

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia kosztów związanych z wysłaniem przez Centrum Medyczne
MAVIT ponaglenia w przypadku niedotrzymania w/w terminu zwrotu dokumentacji.

.....
podpis pracownika CM MAVIT wydającego dokumentację

.....
czytelny podpis odbierającego dokumentację

* wypełnić w przypadku, gdy o udostępnienie dokumentacji zwraca się przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona (zgodnie z upoważnieniem znajdującym się w indywidualnej dokumentacji pacjenta)

** niepotrzebne skreślić