

Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

ul. Broniewskiego 3, 01-785 Warszawa, +48 22 2739000, E: kontakt@cmgamma.pl, www.cmgamma.pl

Ja, _____ nr PESEL:

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

imię i nazwisko wnioskodawcy¹⁾

nr telefonu: _____

zwracam się z wnioskiem o wydanie dokumentacji medycznej (historii zdrowia i choroby) z CM Gamma sp. z o.o.:³⁾

mojej / mojego niepełnoletniego dziecka / innego pacjenta²⁾

_____ nr PESEL:

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

imię i nazwisko pacjenta (jeśli nie jest nim wnioskodawca)

Zakres dokumentacji od dnia _____ do dnia _____

- | | |
|--|--------------------------|
| Opisy konsultacji lekarskich | <input type="checkbox"/> |
| Wyniki badań laboratoryjnych | <input type="checkbox"/> |
| Skierowania | <input type="checkbox"/> |
| Dokumentacja rehabilitacji | <input type="checkbox"/> |
| Dokumentacja leczenia operacyjnego | <input type="checkbox"/> |
| karta informacyjna leczenia szpitalnego | <input type="checkbox"/> |
| opis zabiegu operacyjnego | <input type="checkbox"/> |
| skierowanie na operację | <input type="checkbox"/> |
| zgoda pacjenta na zabieg operacyjny i znieczulenie | <input type="checkbox"/> |
| karta znieczulenia | <input type="checkbox"/> |
| dokumentacja pielęgniarska | <input type="checkbox"/> |
| karta zleceń lekarskich | <input type="checkbox"/> |

Wyniki badań diagnostycznych

- | | | |
|--|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> RTG | <input type="checkbox"/> opis | <input type="checkbox"/> zdjęcie (płyta CD - odbiór osobisty lub wysyłka pocztą tradycyjną) |
| <input type="checkbox"/> TK (tomografia komputerowa) | <input type="checkbox"/> opis | <input type="checkbox"/> zdjęcie (płyta CD - odbiór osobisty lub wysyłka pocztą tradycyjną) |
| <input type="checkbox"/> MR (rezonans magnetyczny) | <input type="checkbox"/> opis | <input type="checkbox"/> zdjęcie (płyta CD - odbiór osobisty lub wysyłka pocztą tradycyjną) |
| <input type="checkbox"/> USG | <input type="checkbox"/> opis | <input type="checkbox"/> zdjęcie (płyta CD - odbiór osobisty lub wysyłka pocztą tradycyjną) |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie) _____ | | |

miejsowość, data

czytelny podpis osoby składającej wniosek

Proszę o przesłanie mojej dokumentacji:

- drogą elektroniczną na adres _____
- pocztą tradycyjną na adres _____
- odbiorę osobiście w placówce Centrum Medycznego Gamma ul. Broniewskiego 3 ul. Bobrowiecka 8

Pokwitowanie odbioru dokumentacji:

Oświadczam, że odebrałem(am) z CM Gamma Sp. z o.o. wskazaną we wniosku dokumentację medyczną.

miejsowość, data

czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

1) Wnioskodawcą może być pacjent, osoba na stałe upoważniona przez pacjenta, rodzic pacjenta niepełnoletniego lub opiekun prawny pacjenta.

2) Możliwe do realizacji tylko w przypadku, kiedy wnioskodawca posiada na stałe upoważnienie pacjenta lub jest opiekunem prawnym pacjenta.

3) Niepotrzebne skreślić.