



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WNIOSKUJĄCY (pacjent, rodzic/opiekun prawny, osoba upoważniona):

.....
imię i nazwisko, PESEL, nr telefonu kontaktowego

DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY (właściwe zaznaczyć X):

- Mojego dziecka
imię i nazwisko, PESEL dziecka
- Wnioskującego
- Inne

RODZAJ DOKUMENTACJI:

- | | |
|--|---|
| właściwe zaznaczyć X | właściwe zaznaczyć X |
| <input type="checkbox"/> Lekarska | <input type="checkbox"/> Poradnia dla osób z autyzmem |
| <input type="checkbox"/> Terapeutyczna | <input type="checkbox"/> Poradnia Logopedyczna |
| | <input type="checkbox"/> Oddział Dzienny |

Wnioskuje o:

- Kopię
- Wgląd do dokumentacji w siedzibie Kliniki
- Inne

Dokumentację odbiorę:

- Osobiście
- Za pośrednictwem osoby upoważnionej:

.....
imię i nazwisko, PESEL, nr telefonu kontaktowego

- Proszę przesłać na adres:
Mam świadomość ryzyka zniszczenia, zaginięcia dokumentacji w trakcie usługi pocztowej. W przypadku jakiegokolwiek zdarzenia w czasie wykonywania usługi pocztowej, które spowoduje zaginięcie dokumentacji lub jej nieuprawnione ujawnienie osobom trzecim, oświadczam, że nie będę wnosić żadnych roszczeń ani dochodził odszkodowania z tego tytułu od Fundacji JIM.

.....
data

.....
czytelny podpis

Dokumentację odebrałem:
data

.....
czytelny podpis