

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
WYTWORZONEJ W UNIWERSYTECKIM CENTRUM STOMATOLOGII W LUBLINIE**

I. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

II. Osoba zgłaszająca wniosek jest: *(proszę zaznaczyć właściwe)* Pacjentem Przedstawicielem ustawowym Pacjenta *(np. rodzic dla dziecka niepełnoletniego)* Osobą upoważnioną przez Pacjenta Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta**III. Dane Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy***(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż Pacjent)*

Imię i nazwisko:

PESEL:

IV. Zakres wnioskowanej dokumentacji *(proszę podać nazwę Poradni oraz okres leczenia, którego dotyczy dokumentacja)*

Dotyczy leczenia w Poradni.....

w okresie.....

V. Forma udostępnienia dokumentacji *(proszę zaznaczyć właściwe)* do wglądu w siedzibie UCS w Lublinie wydanie kopii/wydruku dokumentacji medycznej odpis wyciąg na elektronicznym nośniku danych (płyta CD) wypożyczenie oryginału *(wyłącznie w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia Pacjenta lub w przypadku zdjęcia radiologicznego wykonanego na kliszy, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu)* w innej formie**VI. Sposób odbioru dokumentacji** *(proszę zaznaczyć właściwe)* odbiorę osobiście odbierze osobiście osoba pisemnie przeze mnie upoważniona inny sposób odbioru (wpisać jaki).....

..... Data Czytelny podpis osoby składającej wniosek
----------------------	---

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
WYTWORZONEJ W UNIWERSYTECKIM CENTRUM STOMATOLOGII W LUBLINIE**

I. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

II. Osoba zgłaszająca wniosek jest: *(proszę zaznaczyć właściwe)* Pacjentem Przedstawicielem ustawowym Pacjenta *(np. rodzic dla dziecka niepełnoletniego)* Osobą upoważnioną przez Pacjenta Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta**III. Dane Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy***(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż Pacjent)*

Imię i nazwisko:

PESEL:

IV. Zakres wnioskowanej dokumentacji *(proszę podać nazwę Poradni oraz okres leczenia, którego dotyczy dokumentacja)*

Dotyczy leczenia w Poradni.....

w okresie.....

V. Forma udostępnienia dokumentacji *(proszę zaznaczyć właściwe)* do wglądu w siedzibie UCS w Lublinie wydanie kopii/wydruku dokumentacji medycznej odpis wyciąg na elektronicznym nośniku danych (płyta CD) wypożyczenie oryginału *(wyłącznie w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia Pacjenta lub w przypadku zdjęcia radiologicznego wykonanego na kliszy, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu)* w innej formie**VI. Sposób odbioru dokumentacji** *(proszę zaznaczyć właściwe)* odbiorę osobiście odbierze osobiście osoba pisemnie przeze mnie upoważniona inny sposób odbioru (wpisać jaki).....

..... Data Czytelny podpis osoby składającej wniosek
----------------------	---