



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA:

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI: (w przypadku, gdy wnioskodawca jest inną osobą niż pacjent)

Imię i nazwisko:

Dane kontaktowe (adres, telefon):

Wnioskuje o udostępnienie w formie:

Kserokopii Kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem Odpisu Wyciągu Wydruku

Do wglądu Odwzorowania cyfrowego (skan) na informatycznym nośniku danych

Wydania oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, pod rygorem odpowiedzialności cywilnej i karnej za zgubienie, utratę bądź zniszczenie dokumentacji

Dokumentacji medycznej z leczenia w Centrum Terapeutycznym Max Hemp za okres leczenia:

Zakres udostępnianej dokumentacji medycznej:

Całość Karta wizyty lekarskiej/konsultacyjna Wyniki badań Inne (jakie?)

Do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam (imię, nazwisko, adres):

W celu związanym z leczeniem**: TAK NIE

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję zasady i tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. **Zostałem poinformowany, że pierwsza kopia dokumentacji medycznej w danym zakresie udostępniana jest bezpłatnie** – w przypadku przesłania jej drogą pocztową, osoba wnioskująca pokrywa koszt wysyłki (na podstawie cennika Poczty Polskiej). Każda kolejna kopia dokumentacji medycznej wydawana jest po uiszczeniu opłat, zgodnie z obowiązującym w Centrum Terapeutycznym Max Hemp cennikiem. Jednocześnie upoważniam Centrum Terapeutyczne Max Hemp do udostępniania mojej dokumentacji medycznej drogą elektroniczną za pośrednictwem poczty elektronicznej na mój adres email lub osoby przeze mnie upoważnionej do dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej. Niniejsze upoważnienie jest udzielone bezterminowo i dotyczy każdej dotyczącej mnie dokumentacji medycznej, administrowanej przez Max Hemp Sp. z o.o. z siedzibą w Jędrzychowice 25, 57-120 Wiązów.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

.....
(Pieczęćka i podpis lekarza/ Kierownika komórki organizacyjnej lub Członka Zarządu Max Hemp Sp. z o.o.)

*Na podstawie art. 26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

**Art. 43, ust. 1 pkt. 18. ustawy o podatku od towarów i usług z dn. 11 marca 2004 r. (DZ.U. Nr. 54, poz. 535, z późn. zm.)

Centrum Terapeutyczne Max Hemp

ul. Borowska 242
50-558 Wrocław
tel. +48 71 307 10 10

centrum@maxhemp.pl
www.centrum.maxhemp.pl

Max Hemp Sp. z o.o.
ul. Jędrzychowice 25
57-120 Wiązów

NIP: 914 156 66 59
REGON: 366646359
KRS: 000065469

Kapitał: 100 000 (wpłacony 100 000 zł)
PKO Bank Polski PLN: 50 1020 5242 0000 2202 0387 3064
Kod BIC (Swift): BPKOPLPW