

.....
*Data i miejscowość***WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko pacjenta:

nr PESEL/data urodzenia:

*w przypadku, gdy osobą składającą wniosek jest osoba inna, niż pacjent (osoba upoważniona lub opiekun):

Imiona i nazwisko:

nr PESEL/data urodzenia:

Forma dokumentacji: kopia wyciąg/odpis/wydruk**Nośnik:** wersja papierowa płyta CD wersja elektroniczna (e-mail)**Zakres dokumentacji:** całość wybrany zakres:.....
.....
.....

(należy podać dodatkowe informacje co do formy oraz zakresu, np. daty, wybranych specjalistów, wybranych placówek LUX MED)

Sposób odbioru dokumentacji: osobiście w placówce LUX MED: mailowo na adres poczty elektronicznej:

Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku wyboru doręczenia drogą e-mail, dokumentacja jest przekazywana w postaci zaszyfrowanej - zabezpieczona hasłem, które otrzymam na wskazany przeze mnie numer telefonu: Zostałem/am także poinformowany/a, że z uwagi na zakres dokumentacji (rozmiar pliku), jej przesłanie drogą e-mail może nie być możliwe i zostanie mi ona przekazana na nośniku CD, o czym zostaną poinformowany na wskazany przeze mnie powyżej numer telefonu.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o kosztach udostępnienia dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty wskazanej przez pracownika Grupy LUX MED.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

* wypełnić jeśli dotyczy

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

LUX MED Sp. z o.o.
ul. Postępu 21C
02-676 Warszawat: 22 450 50 05
22 450 50 10
f: 22 331 85 85Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0000265353NIP: 527 252 30 80
REGON: 140723603
Wysokość kapitału zakładowego: 546.728.500,00 zł