

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI ZABIEGOWEJ

I. DANE KLIENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA

Imię i nazwisko: _____

PESEL / data urodzenia: _____

Telefon kontaktowy: _____

Adres e-mail: _____

II. DANE WNIOSKODAWCY

(wypełnić, jeżeli wniosek składa osoba inna niż klient, którego dotyczy dokumentacja; w przypadku klienta można wpisać: „jak wyżej”)

Imię i nazwisko / nazwa: _____

Adres: _____

Telefon kontaktowy: _____

Adres e-mail: _____

Status wnioskodawcy:

☐ klient, którego dotyczy dokumentacja

☐ przedstawiciel ustawowy

☐ osoba upoważniona przez klienta

☐ inny podmiot uprawniony: _____

Podstawa uprawnienia do uzyskania dokumentacji:

III. ZAKRES ŻĄDANEJ DOKUMENTACJI

Wnoszę o udostępnienie następującej dokumentacji zabiegowej dotyczącej wskazanego wyżej klienta:

☐ całości dokumentacji zabiegowej

☐ dokumentacji z konkretnej wizyty / zabiegu

☐ ankiety zdrowotnej / formularza wywiadu

☐ checklisty kwalifikacyjnej

☐ zgody / oświadczenia

☐ karty zabiegowej

☐ zaleceń przedzabiegowych / pozabiegowych

☐ dokumentacji fotograficznej

☐ dokumentacji dotyczącej reklamacji / zgłoszenia pozabiegowego

☐ innej dokumentacji: _____

Data wizyty / zabiegu albo okres, którego dotyczy wniosek:

Dodatkowe doprecyzowanie zakresu żądania:

IV. FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI

Proszę o udostępnienie dokumentacji w następującej formie:

- ☐ wgląd na terenie Kliniki po uprzednim uzgodnieniu terminu
- ☐ kopia papierowa do odbioru osobistego
- ☐ kopia papierowa przesłana pocztą / kurierem
- ☐ skan / plik elektroniczny
- ☐ przesłanie drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail
- ☐ inna forma: _____

Adres do wysyłki / doręczenia, jeżeli dotyczy: _____

V. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że jestem uprawniona / uprawniony do uzyskania wskazanej dokumentacji.
3. Przyjmuję do wiadomości, że Roxi Clinic może zażądać dodatkowej weryfikacji tożsamości lub uprawnienia przed udostępnieniem dokumentacji.
4. Przyjmuję do wiadomości, że udostępnienie dokumentacji może nastąpić po pozytywnej weryfikacji danych oraz zgodnie z obowiązującą procedurą.
5. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku żądania kopii, wydruku albo przesyłki mogą zostać naliczone opłaty zgodnie z obowiązującymi zasadami, jeżeli mają zastosowanie.

Data złożenia wniosku: _____

Podpis wnioskodawcy: _____

CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ ROXI CLINIC

VI. PRZYJĘCIE WNIOSKU

Data wpływu wniosku: _____

Godzina wpływu: _____

Sposób złożenia wniosku:

- ☐ osobiście
- ☐ e-mail
- ☐ pocztą
- ☐ inny: _____

Numer sprawy / numer wniosku: _____

Osoba przyjmująca wniosek: _____

VII. WERYFIKACJA TOŻSAMOŚCI I UPRAWNIENIA

Tożsamość wnioskodawcy zweryfikowano na podstawie:

☐ dowodu osobistego

☐ paszportu

☐ innego dokumentu ze zdjęciem: _____

☐ weryfikacji zdalnej

☐ innego sposobu: _____

Czy wykazano uprawnienie do uzyskania dokumentacji:

☐ tak

☐ nie

☐ wymaga uzupełnienia

Uwagi:

VIII. ROZSTRZYGNIĘCIE WNIOSKU

☐ wniosek przyjęto do realizacji

☐ wezwano do uzupełnienia braków

☐ odmówiono udostępnienia dokumentacji

Przyczyna odmowy / braków / uwagi:

Przewidywany termin realizacji: _____

Osoba prowadząca sprawę: _____

IX. SPOSÓB REALIZACJI

Data udostępnienia dokumentacji: _____

Forma udostępnienia:

☐ wgląd w placówce

☐ kopia papierowa

☐ dokumentacja elektroniczna

☐ e-mail

☐ przesyłka pocztowa / kurierska

☐ inna: _____

Zakres faktycznie udostępnionej dokumentacji:

Czy pobrano opłatę:

☐ nie

☐ tak, w kwocie: _____

X. POTWIERDZENIE ODBIORU / UDOSTĘPNIENIA

- ☐ dokumentację odebrano osobiście
- ☐ dokumentację wysłano
- ☐ dokumentację udostępniono do wglądu
- ☐ odmowa została przekazana

Data: _____

Podpis osoby wydającej / udostępniającej: _____

Podpis odbierającego, jeżeli dotyczy: _____