



SensusBalans

Klinika Zdrowia Psychicznego

PSYCHIATRIA
NEUROLOGIA
PSYCHOLOGIA
PSYCHOTERAPIA
DIABETOLOGIA
DIETETYKA KLINICZNA
PEDAGOGIKA

.....
Miejscowość, data

WNIOSKODAWCA

(przedstawiciel ustawowy / rodzic / opiekun prawny małoletniego)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon / e-mail:

DANE MAŁOLETNIEGO DZIECKA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data urodzenia:

WNIOSEK

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ MAŁOLETNIEGO DZIECKA

Ja, niżej podpisany/a, działając jako przedstawiciel ustawowy / rodzic / opiekun prawny małoletniego dziecka, na podstawie art. 26 i nast. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej dotyczącej małoletniego dziecka wskazanego powyżej, pozostającej w posiadaniu **SensusBalans sp. z o.o.**

ZAKRES WNIOSKU

(proszę zaznaczyć właściwe pole)

☐ Proszę o wydanie **całości dokumentacji medycznej** małoletniego dziecka.

☐ Proszę o wydanie **części dokumentacji medycznej** małoletniego dziecka, tj.:

.....
.....
.....

FORMA WYDANIA DOKUMENTACJI

(proszę zaznaczyć właściwe pole)

☐ kserokopia / wydruk

☐ skan / kopia elektroniczna

☐ inna forma:

Proszę o informację zwrotną dotyczącą ewentualnej opłaty za przygotowanie dokumentacji w wybranej formie.



+48 538 300 003



Małopolska 11/2, 70-514 Szczecin

NIP: 8513324775

KRS: 0001151880



kontakt@sensusbalans.com



SensusBalans

Klinika Zdrowia Psychicznego

PSYCHIATRIA
NEUROLOGIA
PSYCHOLOGIA
PSYCHOTERAPIA
DIABETOLOGIA
DIETETYKA KLINICZNA
PEDAGOGIKA

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI

(proszę zaznaczyć właściwe pole)

☐ odbiór osobisty przez wnioskodawcę

☐ odbiór przez osobę upoważnioną

☐ wysyłka na adres:

.....
.....

☐ wysyłka elektroniczna na adres e-mail:

(Proszę o zabezpieczenie przesyłanych plików zawierających dane wrażliwe).

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU

(wypełnić, jeśli dokumentację ma odebrać inna osoba)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Seria i numer dowodu osobistego:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do uzyskania dokumentacji medycznej małoletniego dziecka jako jego przedstawiciel ustawowy, sprawujący nad nim władzę rodzicielską.

Oświadczam również, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy



+48 538 300 003



Małopolska 11/2, 70-514 Szczecin
NIP: 8513324775
KRS: 0001151880



kontakt@sensusbalans.com