

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WAŻNE: Przed wypełnieniem wniosku należy przeczytać **ZASADY WYDAWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**. Wniosek wypełnia pacjent lub pracownik zakładu leczniczego.

1. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji- (należy wybrać właściwe X)

- Wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta (rodzic, opiekun prawny)
- Wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta notarialnie lub w dokumentacji medycznej

2. Wypełnia osoba wnioskująca

Nazwisko Imię

Adres: ulica i numer domu/ mieszkania.....

Kod pocztowy Miejscowość

Nr PESELDowód osobisty.....

Nr telefonu komórkowegoe-mail.....

3. Dane pacjenta (dane powinny być zgodne z danymi, które posiada podmiot leczniczy – jeżeli nastąpiła zmiana adresu lub innych danych należy to udokumentować osobiście lub pocztą)

Nazwisko Imię.....

Adres: ulica i numer domu/ mieszkania.....

Kod pocztowy Miejscowość

Nr PESEL

4. Dane dotyczące dokumentacji medycznej, o którą występuje wnioskujący (zaznaczyć X)

- Dokumentacja medyczna dotyczy
 - Udostępnienia całej dokumentacji pacjenta (karta + zdjęcia rtg)
 - Udostępnienia dokumentacji medycznej z dnia
 - Udostępnienia tylko zdjęć RTG
- Rodzaj dokumentacji medycznej (odpłatność podana w "Zasadach wydawania dokumentacji medycznej")
 - wgląd
 - papierowa kopia poświadczona za zgodność z oryginałem
 - wyciąg lub odpis
 - skan zapisany na elektronicznym nośniku danych - płyta CD
 - skan przesłany w wiadomości mailowej (zaszyfrowana hasłem)

5. Powiadomienie

Proszę o powiadomienie mnie o możliwości odbioru dokumentacji, w przypadku jeżeli zostanie ona sporządzona przed upływem terminu przygotowania (dotyczy odbioru papierowej kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem oraz kopii zapisanej na płycie CD).

mailowo:

telefonicznie:

6. Wydanie dokumentacji

..... odbiorę osobiście

..... odbierze upoważnione przeze mnie osoba

..... proszę przesać listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru za pobraniem na adres jak w pkt. 2

..... proszę o wysłanie mailem

.....
Data wypełnienia wniosku

.....
Czytelny podpis osoby wnioskującej

Udostępnienie dnia:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Kwota do zapłaty

Powyższą kwotę pobrałam

Imię i nazwisko pracownika pobierającego kwotę

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie (wpisać rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU

Dokumentację medyczną odebrałam/-em.

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację