

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres: Telefon:

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego, w ustalonym ze szpitalem terminie
- wydanie kserokopii wydanie wyciągu wydanie odpisu

do celów: (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- związanych z kontynuacją leczenia innych celów, nie związanych z kontynuacją leczenia

w okresie:

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

(proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres:

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

3. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego
- dokumentację odbiorę przez osobę upoważnioną w siedzibie podmiotu leczniczego
- dokumentację proszę przesłać listę poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt.1, za pobraniem (obejmującym koszt sporządzenia kopii i koszty przesyłki wg stawek Poczty Polskiej)

4. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją dot. zasad udostępniania dokumentacji medycznej zawartej w regulaminie organizacyjnym jednostki, dostępnym w rejestracji szpitala lub na stronie internetowej szpitala, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

Data:

Podpis osoby przyjmującej wniosek

Podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wydano: (imię i nazwisko)

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:
..... (wpisać nazwę dokumentu tożsamości) o nr
2. Pobrano opłatę w wysokości za stron dokumentacji medycznej.

Data:
.....
Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

Wysłano listem poleconym dnia o nr