

....., dnia.....

WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko lub Nazwa podmiotu uprawnionego

Adres zamieszkania/siedziby.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy¹

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę oddziału, poradni, gabinetu i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniana)

4. Tytuł prawny uprawniający do dokumentacji - dotyczy wnioskodawców innych niż pacjent*:

- ☐ akt urodzenia dziecka,
- ☐ wyrok sądu,
- ☐ upoważnienie w dokumentacji medycznej,
- ☐ pełnomocnictwo pacjenta,
- ☐ osoba bliska (dotyczy sytuacji kiedy nastąpił zgon pacjenta).

5. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący – należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, historia zdrowia i choroby – w poradniach, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań- podać jakich, zdjęcie rentgenowskie, inne)

6. Wnioskuje o (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu)

- ☐ Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem
- ☐ Wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 w siedzibie Przychodni
- ☐ Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu (tylko dla uprawnionych podmiotów).

7. Dokumentacja wymienioną w pkt 4 (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu.)

- ☐
- ☐ zostanie odebrana osobiście;

proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1 Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami .

Bolków,.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

¹ Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia organu

POTWIERDZENIE WPLYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- ☐
- ☐ wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta,
- ☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
- ☐ upoważnienie w dokumentacji medycznej,
- ☐ upoważnienie w niniejszym wniosku,
- odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

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

.....
.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację