

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko: PESEL:

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

- Wyciągu, odpisu, kopii
- Oryginału dokumentacji medycznej i jednocześnie zobowiązuje się do jej zwrotu po wykorzystaniu w terminie do.....
- Dokumentacja medyczna z
.....
(nazwa oddziału / poradni / pracowni)

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- Historia choroby-całość
- Karta informacyjna z leczenia szpitalnego
- Karta z leczenia ambulatoryjnego
- Wyniki badań
- Inne

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona:
Imię i nazwisko: PESEL:

miejsowość, data

czytelny podpis wnioskodawcy

Poniosę koszty wykonania: wyciągu, odpisu, kopii dokumentacji medycznej lub wyciągu, odpisu, kopii dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych w wysokości obliczonej na podstawie art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie wpływu:

..... (DD-MM-RRRR)

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

..... (DD-MM-RRRR)

Czytelny podpis osoby upoważnionej do przyjęcia wniosku

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

- Wydanie pierwszej kopii str. od do

jeżeli nie można wskazać zakresu stron, należy opisać wydaną dokumentację:

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

- Wydanie pierwszej kopii:
- Naliczono opłaty w wysokości:

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

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

.....

data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

POTWIERDZENIE ZWROTU ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej. Dokumentacja jest kompletna i nieuszkodzona.

data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

data i czytelny podpis osoby zdającej dokumentację