



Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Dane osoby wnioskującej:

Imię (imiona) i nazwisko (wypełnić czytelnie):

Telefon kontaktowy:

Status osoby wnioskującej: rodzic/opiekun prawny pacjent pełnoletni osoba upoważniona

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia lub PESEL:

Zakres dokumentacji medycznej:

Miejsce wytworzenia: oddział szpitalny poradnia specjalistyczna pracownia diagnostyczna

Nazwa oddziału/poradni/pracowni:

Okres, którego dotyczy dokumentacja:

Nr kartoteki:

Czy wniosek w żądanym zakresie składny jest po raz pierwszy: TAK NIE

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w następującej formie:

- papierowa kopia lub wydruk
- papierowa kopia lub wydruk potwierdzone za zgodność z oryginałem
- za pośrednictwem poczty elektronicznej (dotyczy dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej oraz dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej, jeżeli warunki techniczne i organizacyjne umożliwiają sporządzenie jej kopii w formie skanu)
- na informatycznym nośniku danych (dotyczy dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej oraz dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej, jeżeli warunki techniczne i organizacyjne umożliwiają sporządzenie jej kopii w formie skanu)
- do wglądu w siedzibie Szpitala
- wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać (za pobraniem) na adres:
- proszę wysłać na adres e-mail:
- odbierze osoba posiadająca stosowne pełnomocnictwo:
- odbierze inna osoba uprawniona do dokumentacji pacjenta:

Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągu, odpisu, kopii, wydruku lub na informatycznym nośniku danych (nie dotyczy udostępnienia dokumentacji po raz pierwszy w żądanym zakresie) oraz kosztów przesyłki pobraniowej (dotyczy dokumentacji wysyłanej listem poleconym lub kurierem).

.....
miejsowość, data

.....
podpis osoby wnioskującej

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby uprawnionej do odbioru dokumentacji medycznej została zweryfikowana na podstawie okazanego dokumentu tożsamości:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację