

WNIOSSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (PACJENT, OSOBA UPOWAŻNIONA)

1. Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko (nazwa podmiotu uprawnionego).....

Adres zamieszkania/siedziby

nr tel.....

2. Dokumentacja medyczna (zaznaczyć „X” we właściwym polu) dotyczy:

- a) wnioskodawcy,
 b) osoby, której wnioskodawca jest przedstawicielem ustawowym/ prawnym opiekunem,
 c) osoby, która wskazała wnioskodawcę w swej dokumentacji medycznej, jako uprawnionego do dostępu do informacji i dokumentacji medycznej,
 d) osoby, która upoważniła wnioskodawcę do odbioru dokumentacji medycznej – upoważnienie/ pełnomocnictwo w załączeniu,

3. Dane osoby, której dotyczy dokumentacja medyczna:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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

4. Do jakich celów wnioskowane jest udostępnienie dokumentacji?

.....

5. Udostępnienie dokumentacji obejmuje dokumentację (wypisać jaką, np.: historię choroby-szpital, historię zdrowia i choroby-poradnie, kartę informacyjną, badania RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografię komputerową, inną- jaką?):

.....

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

- a) sporządzenie kserokopii dokumentacji
 b) sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem
 c) sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem w związku z diagnostyką onkologiczną i leczeniem onkologicznym
 d) sporządzenie wyciągu / odpisu* (skreślić niewłaściwe) z dokumentacji medycznej
 e) wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt 5 w siedzibie Szpitala

znajdującej się w zasobach archiwalnych Szpitala, dotyczącej leczenia (należy podać nazwę oddziału, poradni, bądź Centr. Izby Przyj.):

okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniona:.....

7. Dokumentacja, o którą wnioskuję: (zaznaczyć „x” we właściwym polu):

- a) zostanie odebrana osobiście, bądź przez osobę upoważnioną – upoważnienie/ pełnomocnictwo w załączeniu
 b) proszę o przesłanie za pobraniem na adres:.....

Jednocześnie wnioskodawca zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz cennikiem obowiązującym w Szpitalu, jak również w przypadku wysłania dokumentacji do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej.

.....
podpis wnioskodawcy

8. Informacje dodatkowe

W przypadku zaznaczenia pola 2 d) oraz 7 a) wymagane jest pisemne upoważnienie.

Dokumentacja wydawana jest pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej bez zbędnej zwłoki.

9. Adnotacja o wydaniu dokumentów

Dowód tożsamości seria nr.....

.....
data i podpis osoby wydającej dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Kwituję odbiór żądanej dokumentacji medycznej nr.....

.....
podpis pacjenta/ wnioskodawcy

.....
miejsowość i data

10. Uwagi