

WNIOSEK O WYDANIE 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 wydanie dokumentacji?

.....

5. Wydanie 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 wydanie oryginału dokumentacji medycznej określonej w pkt 5 znajdującej się w zasobach archiwalnych Szpitala, dotyczącej leczenia (należy podać nazwę oddziału, poradni, bądź Centr. Izby Przyj.):

.....

.....

okres z jakiego dokumentacja ma być wydana:

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

- a) zostanie odebrana osobiście
 b) zostanie odebrana przez osobę upoważnioną – upoważnienie/ pełnomocnictwo w załączeniu

.....
podpis wnioskodawcy

8. Informacje dodatkowe

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

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

WYPEŁNIA SZPITAL

9. Adnotacja o wydaniu dokumentów

Dowód tożsamości seria nr

.....
data i podpis osoby wydającej dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Kwituję odbiór oryginałów żądanej dokumentacji medycznej nr

Zobowiązuję się do dokonania zwrotu dokumentacji medycznej osobiście w terminie do dnia:
.....

.....
podpis pacjenta,
bądź osoby przez nią pisemnie upoważnionej

.....
miejsowość i data

10. Adnotacja o zwrocie dokumentów

Potwierdzam zwrot oryginałów żądanej dokumentacji medycznej nr

.....
data podpis pracownika Szpitala

11. Uwagi