



Siemianowice Śląskie, dn.

CZĘŚĆ I

1. Wnioskodawca

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Numer telefonu kontaktowego:

2. Wnioskodawca jest: (proszę zaznaczyć właściwe w przypadku osób fizycznych)

Pacjentem Osobą upoważnioną przez Pacjenta

Przedstawicielem ustawowym Pacjenta Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta*:

3. Jeśli Wnioskodawca nie jest Pacjentem:

Dokumentacja medyczna dotyczy Pacjenta:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

4. Zwracam się z prośbą o:

kopię kopię za zgodność z oryginałem wyciąg odpis

wgląd w trakcie hospitalizacji/udzielania porady ambulatoryjnej

wgląd*** do dokumentacji medycznej sporządzonej

w okresie od do

w Oddziale: Poradni:

inne:

Zakres dokumentacji (np. całość historii choroby, wyniki badań, wypis)

.....
.....

5. Do odbioru upoważniam:

Imię i Nazwisko:

PESEL/nazwa i nr dokumentu tożsamości:

6. Forma odbioru/ przekazania dokumentacji medycznej

odbiór osobisty osoba upoważniona

przesyłka pocztowa na adres wskazany w pkt. 1 lub inny adres (jaki?)

e-mail

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

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek



* osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta)

** niepotrzebne skreślić

***Pracownik Spółki poinformuje Wnioskodawcę telefonicznie o proponowanym terminie wglądu w dokumentację medyczną. Wgląd w dokumentację medyczną odbywa się wyłącznie w siedzibie Spółki w obecności uprawnionego pracownika.

****Wnioskodawca zobowiązuje się do wniesienia opłaty za wydanie dokumentacji w wybranej formie zgodnie z obowiązującym cennikiem (art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), a w przypadku przesyłki pocztowej, dodatkowo do pokrycia kosztów przesyłki „za pobraniem”.

CZEŚĆ II

Potwierdzam zgodność przygotowanej kopii dokumentacji medycznej z *Wnioskiem*.

Ilość stron:

Opłaty: zwolniony opłata za stron/y
(podać ilość)

.....
Czytelny podpis pracownika

CZEŚĆ III

Po sprawdzeniu:

- ✓ tożsamości odbierającego kopię/wyciąg/odpis dokumentacji medycznej
- ✓ dowodu uiszczenia opłaty za wykonaną usługę (nie dotyczy wydania po raz pierwszy)

Potwierdzam wydanie kopii/wyciągu/odpisu** dokumentacji medycznej:

Imię i Nazwisko:

Lub Nazwa uprawnionego organu lub podmiotu:

.....

PESEL/nazwa i nr dokumentu tożsamości:

Miejscowość, dnia

Czytelny podpis pracownika

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

CZEŚĆ IV

Potwierdzam dokonanie wglądu w dokumentację medyczną w dniu:

przez

(imię i nazwisko)

Potwierdzam wykonanie zdjęć; liczba wykonanych zdjęć:

Zakres wykonanych zdjęć, notatek (np. strona, wynik badania, ...)

.....
.....

.....
Czytelny podpis pracownika

**niepotrzebne skreślić