

WNIOSEK

O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (dla podmiotów uprawnionych)

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko lub Nazwa podmiotu uprawnionego

.....

Adres zamieszkania/siedziby.....

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego.....

Adres mailowy

W wypadku skłádania podmiotów uprawnionych prosimy wpisać NIP w miejscu nr PESEL

2. Dokumentacja medyczna dotyczy¹

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

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

3. Wniosuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę hospicjum, poradni, i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniana)

.....

4. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący – należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, , karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań- podać jakich, inne)

.....

.....

5. Wniosuję o (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu)

Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem

Wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 w siedzibie Hospicjum.

Sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej.

Sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej.

Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu(tylko dla uprawnionych podmiotów).

Udostępnienie kodu celem pobrania wyników ze strony internetowej

6. Dokumentacja wymienioną w pkt 4 (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu.)

zostanie odebrana osobiście;

proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres zamieszkania/adres mailowy jak w pkt. 1

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

.....
(podpis wnioskodawcy)

¹ Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia organu

Wydano:

.....
(data wydania dokumentu)

1. Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie :

.....nr
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości zastron dokumentacji
medycznej.

3. Wystawiono fakturę nr..... z dnia.....

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

4. Wysłano listem poleconym nr nadawczy..... dnia.....

5. Wysłano na adres mailowy dnia.....

.....
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)