

.....
(pieczęć komórki organizacyjnej)

.....
(miejscowość)

.....
(data)

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres: Seria i nr dowodu tożsamości:

tel.:

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce):

do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego

wydanie kserokopii

wydanie wyciągu

wydanie odpisu

Cel:

kontynuacja leczenia w innym podmiocie leczniczym

inny, nie związany z leczeniem.

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres: tel.:

3. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce):

wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

4. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA W

(nazwa oddziału/poradni/innej komórki organizacyjnej)

W OKRESIE:
(okres leczenia)

5. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce):

osobiście

przez osobę upoważnioną

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

(adres osoby upoważnionej)

listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt. 1.

6. ZOBOWIĄZANIE:

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii/wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej zgodnie ze stawkami opłat obowiązującymi w SPZZOZ w Wyszkowie oraz do pokrycia kosztów przesyłki.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Objaśnienia:

Kserokopia – czysta kopia tekstu lub rysunku wykonana za pomocą kserokopiarki – bez potwierdzenia za zgodność z oryginałem;

Wyciąg – skróty tekst zawierający najważniejsze dane z całości lub jego część – potwierdzone za zgodność z oryginałem;

Odpis – kopia lub przepisany tekst oryginalnego dokumentu – potwierdzona za zgodność z oryginałem.

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznejstr.
- wydanie wyciągu dokumentacji medycznejstr.
- wydanie odpisu dokumentacji medycznejstr.
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

.....
(data i podpis osoby udostępniającej dokumentację)

Potwierdzam

- odbiór kserokopii dokumentacji medycznejstr.
- odbiór wyciągu dokumentacji medycznejstr.
- odbiór odpisu dokumentacji medycznejstr.
- wgląd do dokumentacji medycznej

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)