

.....
(pieczętka komórki organizacyjnej)

.....
(miejsce)

.....
(data)

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PRZED WYPEŁNIENIEM PROSZĘ ZAPOZNAĆ SIĘ Z WNIOSKIEM.

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNI DUKOWANYMI LITERAMI.

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko: tel.:

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

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego (z możliwością sporządzania notatek i zdjęć)
- wydanie kserokopii
- wydanie kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem
- wydanie wydruku
- wydanie wyciągu (skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej)
- wydanie odpisu (dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem)
- na informatycznym nośniku danych (tylko w przypadku wyników badań obrazowych w postaci elektronicznej)

Cel (wybrać tylko w przypadku konieczności uiszczenia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej):

- kontynuacja leczenia w innym podmiocie leczniczym
- inny, nie związany z leczeniem.

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA:

Imię i nazwisko: PESEL

3. PODSTAWA DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce):

- wniosek pacjenta, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek przedstawiciela ustawowy pacjenta
- wnioskodawca upoważniony przez pacjenta
- wnioskodawca będący osobą bliską (tylko w przypadku śmierci pacjenta)

4. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA W (nazwa 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 (po uprzednim uiszczeniu opłaty za przesyłkę) na
adres:

6. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że akceptuję sposób i tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie ze stawkami opłat obowiązującymi w SPZZOZ w Wyszkowie oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

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

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