WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:
(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- ☐ do wglądu,
- ☐ poprzez sporządzenie wyciągu/ odpisu/ kopii/ wydruku/ *,
- ☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
- ☐ na informatycznym nośniku danych.

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni / pracowni / gabinetu: .....
- okres leczenia: .....

Wnioskowaną dokumentację:

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ proszę wysłać na adres: .....
- ☐ odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

Oświadczam, iż:

1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Przychodni,

2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),

3) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....
data i podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: .....
Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu*: .....

Podpis pracownika: .....

Js-Bd-11k Druk: **IMPACT** Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- ☐ wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta,
- ☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - o odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....

data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....

data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....

data i podpis pracownika wydającego dokumentację

(* Uwaga - niepotrzebne skreślić)
Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2017 poz. 1318) i Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2016 poz. 922).