

Dyrekcja
Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
ul. Duboisa 68, 07-300 Ostrów Mazowiecka

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko:

PESEL: Nr telefonu:

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji *:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL: Nr telefonu:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii, wyciągu, odpisu, wydruku dokumentacji medycznej**
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych

Rodzaj dokumentacji medycznej:

1. nazwa oddziału / poradni / pracowni:
okres leczenia:
2. nazwa oddziału / poradni / pracowni:
okres leczenia:
3. nazwa oddziału / poradni / pracowni:
okres leczenia:
4. nazwa oddziału / poradni / pracowni:
okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- proszę wysłać na adres e-mail:
- odbierze osoba upoważniona ***

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz kosztów przesyłki, w przypadku przesłania pocztą.

.....
podpis wnioskodawcy

* Załączyć postanowienie Sądu Opiekunczego w przypadku, gdy składającym wniosek jest opiekun prawny.

** Właściwe podkreślić.

*** Jeżeli odbierającym nie jest pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, bądź osoba upoważniona przez pacjenta w historii choroby/ historii zdrowia i choroby, wówczas wymagane jest upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej.

DECYZJA O UDOSTĘPNIENIU/ NIE UDOSTĘPNIENIU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
.....
Pieczętka i podpis pracownika

ODPŁATNOŚĆ

Naliczono opłaty w wysokości:

(Opłaty, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie).

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta,
- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:, podpis.....
- wysłana pocztą elektroniczną,
- odebrana przez przedstawiciela ustawowego,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta w historii choroby,
- odebrana przez osobę upoważnioną odrębnie (upoważnienie w załączeniu)

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Potwierdzono tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną.

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację