WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrów Wielkopolski

Wydanie 1	Obowiązuje od	Strona 1/2

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji

- ☐ Pacjent
- ☐ Przedstawiciel ustawowy pacjenta
- ☐ Osoba upoważniona przez pacjenta
- ☐ Uprawniona instytucja/organ……

Imię i Nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu kontaktowego	

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

Imię i Nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu kontaktowego	

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- ☐ do wglądu……
- ☐ w postaci kopii/wydruku
- ☐ za pośrednictwem adresu e- mail……
- ☐ w innej formie(jakiej?)……

Rodzaj dokumentacji medycznej:

☐ nazwa oddziału/termin pobytu/okres leczenia/nr księgi głównej
☐ nazwa poradni/ termin wizyty/czas leczenia w poradni
☐ nazwa pracowni/termin wizyty/badania

Wnioskowaną dokumentację :

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

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

…… ……

Data oraz podpis i pieczęć pracownika przyjmującego wniosek — Data oraz podpis Wnioskodawcy

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej zostanie zrealizowany bez zbędnej zwłoki

WYPEŁNIA PRACOWNIK ARCHIWUM

Potwierdzenie wpływu:

Data:……
Wniosek przedłożony :

- ☐ osobiście
- ☐ listownie
- ☐ za pośrednictwem adresu e-mail
- ☐ w innej formie(jakiej?)……

……
Podpis i pieczęć pracownika Archiwum

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji

Dokumentacja udostępniona:

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

Naliczono opłaty w wysokości:……

Potwierdzenie odbioru:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

……
Data i podpis uprawnionej osoby odbierającej dokumentację

Dokumentację medyczną udostępniono w dniu…… na podstawie dokumentu potwierdzającego tożsamość

Rodzaj……nr dokumentu……

……
Data i podpis pracownika wydającego dokumentację