



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYDANIE DOKUMENTACJI

(wypełnia: pacjent, jego przedstawiciel ustawowy np. rodzic małoletniego pacjenta lub inna osoba upoważniona przez pacjenta.)

Imię i nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania*/korespondencyjny¹:

.....

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W FORMIE:

(proszę zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce):

- kopii
- odpisu
- wyciągu
- do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej: historia choroby, karta informacyjna,

- Nazwa oddziału / poradni / pracowni:
- Okres leczenia:

3. WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
- Imię i nazwisko:
- PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu Miejskim w Miastku Sp. z o.o. pokryję koszty przesyłki pocztowej **(w przypadku udostępniania kolejnej kopii i/lub wysłania dokumentacji pocztą),**
- 2) 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, podpis wnioskodawcy

.....
zgoda Kierownika podmiotu/osoby upoważnionej

4. POTWIERDZENIE WPLYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

.....
Podpis pracownika przyjmującego wniosek

¹ Niepotrzebne skreślić



5. 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,²
 - o upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - o odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Opłaty za udostępnienie/wydanie dokumentacji medycznej:

- nie dotyczy (dokumentację udostępniono do wglądu*/ 1 kopia *)
- pobrano opłatę w wysokości.....za sporządzenie kolejnej kopii dokumentacji medycznej
- pobrano opłatę związaną z usługą pocztową w wysokości.....

.....
Data i podpis pracownika wydającego dokumentację

6. POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

Imię i nazwisko:

PESEL osoby odbierającej:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
Data i podpis pracownika wydającego dokumentację

¹ Niepotrzebne skreślić

² W przypadku, gdy o udostępnienie dokumentacji wnioskuje osoba upoważniona, należy przedstawić pisemne upoważnienie podpisane przez pacjenta lub powołać się na upoważnienie udzielone przez pacjenta znajdujące się w dokumentacji medycznej Szpitala.