

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Dane Wnioskodawcy

Imię i Nazwisko lub Nazwa podmiotu uprawnionego

.....
.....

Adres zamieszkania/siedziby:

Ne PESEL.....

Nr NIP

(w przypadku składania wniosku przez podmiot uprawniony)

Numer telefonu kontaktowego.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

3 Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w

.....

(podać nazwę oddziału, poradni, gabinetu)

w okresie

.....

(podać datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniona)

4. Udostępnienie dokumentacji obejmuje:

.....

(wskazać rodzaj dokumentacji medycznej np. historia choroby, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań – podać jakich, zdjęcia rentgenowskie, inne)

5. Wnioskuje o

- Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem.
- Wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 w siedzibie Szpitala.
- Sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej.
- Sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej.
- Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu.

6. Dokumentacja wymieniona w pkt. 4

- zostanie odebrana osobiście;
- proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wydano:

.....
(data wydania dokumentacji)

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

..... seria i nr.....
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości zastron dokumentacji medycznej.

3. Wystawiono fakturę nr z dnia

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

4. Wysłano listem poleconym

nr nadawczy dnia

.....
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)