

.....
(miejscowość)

.....
(data)

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PRZED WYPEŁNIENIEM PROSZĘ ZAPOZNAĆ SIĘ Z WNIOSKIEM.
PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNI DRUKOWANYMI LITERAMI.

WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko: PESEL

Adres: Seria i nr dowodu tożsamości: tel.:

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA:

Imię i nazwisko: PESEL

Adres: tel.:

PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W NASTĘPUJĄCEJ FORMIE (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce):

- do wglądu (z możliwością sporządzania notatek i zdjęć)
- wydanie kopii (dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej)
- w formie kserokopii w formie skanu
- wydanie wydruku
- wydanie wyciągu (skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej)
- wydanie odpisu (dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem)

TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce):

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta
- wnioskodawca składa osoba bliska pacjenta (wyłącznie po śmierci pacjenta)

DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA W

W OKRESIE:

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce):

- osobiście
- przez osobę upoważnioną
(imię i nazwisko osoby upoważnionej) (adres osoby upoważnionej)
- listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt. 1.
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, tj.
- na informatycznym nośniku danych, tj.

CEL:

- kontynuacja leczenia w innym podmiocie leczniczym
- inny, nie związany z leczeniem

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że akceptuję sposób i tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie ze stawkami opłat obowiązującymi w NZOZ CEL-MED. w Stoczku oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(data i czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację)

POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
(data i czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację)

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