

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

CZĘŚĆ I

1. Wnioskodawca

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Numer telefonu kontaktowego:

Lub

Nazwa uprawnionego organu/podmiotu/osoby fizycznej:

.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

3. Zwracam się z prośbą o wydanie:

kopii wyciągu odpisu

wglądu w trakcie hospitalizacji/udzielania porady ambulatoryjnej wglądu***

dokumentacji medycznej sporządzonej w okresie od do,

w Oddziale/Poradni** (proszę podać nazwę Oddziału/Poradni)

.....

Zakres dokumentacji (np. historia choroby, wyniki badań, wypis, ...)

.....

.....

4. Do odbioru upoważniam:

Imię i Nazwisko:

PESEL/nazwa i nr dokumentu tożsamości:

.....

Czytelny podpis Wnioskodawcy

.....

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

*wypełnić w przypadku, gdy o udostępnienie dokumentacji zwraca się przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona (zgodnie z upoważnieniem znajdującym się w indywidualnej dokumentacji pacjenta) lub inny uprawniony organ lub podmiot

** niepotrzebne skreślić

***Pracownik Spółki poinformuje Wnioskodawcę telefonicznie o proponowanym terminie wglądu w dokumentację medyczną. Wgląd w dokumentację medyczną odbywa się wyłącznie w siedzibie Spółki ul. Słonecznej 3 w Rabce - Zdrój w obecności uprawnionego pracownika.

CZĘŚĆ II

Potwierdzam zgodność przygotowanej kopii dokumentacji medycznej z *Wnioskiem*.

Ilość stron:

Opłaty: zwolniony opłata za stron/y
(podać ilość)

.....
Czytelny podpis pracownika

CZĘŚĆ III

Po sprawdzeniu:

- ✓ tożsamości odbierającego kopię/wyciąg/odpis dokumentacji medycznej
- ✓ dowodu uiszczenia opłaty za wykonaną usługę (nie dotyczy wydania po raz pierwszy)

Potwierdzam wydanie kopii/wyciągu/odpisu* dokumentacji medycznej:

Imię i Nazwisko:

Lub Nazwa uprawnionego organu lub podmiotu:

.....

PESEL/nazwa i nr dokumentu tożsamości:

Rabka-Zdrój, dnia

.....
Czytelny podpis pracownika

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

CZĘŚĆ IV

Potwierdzam dokonanie wglądu w dokumentację medyczną w dniu:

przez
(imię i nazwisko)

Potwierdzam wykonanie zdjęć; liczba wykonanych zdjęć:

Zakres wykonanych zdjęć, notatek (np. strona, wynik badania, ...)

.....

.....

.....
Czytelny podpis pracownika

*niepotrzebne skreślić