



Wniosek numer /

ID

Nr ks. głównej

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

na podstawie *Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*
(z dnia 6 listopada 2008r (tj. Dz. U. z 2012, poz. 159 z późn. zm.))

1. WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

numer telefonu kontaktowego

Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek:

(wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

2. Wnioskuje o: (proszę zaznaczyć [x] we właściwej rubryce)

- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
 wydanie kserokopii po raz pierwszy wydanie kserokopii kolejny raz

Rodzaj dokumentacji medycznej - (proszę podać oddział wraz z zakresem dat)

oddział

poradnia

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej:

- całość dokumentacji
 część dokumentacji
 karta informacyjna
 protokół operacji/zabiegu
 wywiad lekarski
 inne

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
 proszę wysłać na adres / e-mail
- odbierze osoba upoważniona:
- imię i nazwisko:
- numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuje się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w SPZZOZ w Staszowie.
2) pokryje koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą kolejny raz)

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU

.....
Uzgodniony termin wysyłki/odbioru/udostępnienia dokumentacji

.....
data wpływu i podpis pracownika przyjmującego wniosek

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres/ e-mail
- odebrana osobiście przez pacjenta
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Potwierdzono dokonanie wpłaty w wysokości zł za kserokopię dokumentacji medycznej.
Tożsamość osoby odbierającej zweryfikowano.

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację