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 …….. numer telefonu .....

Adres zamieszkania ….....

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. Wnioskuję 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
□ wydanie płyty CD po raz pierwszy □ wydanie płyty CD kolejny raz

Rodzaj dokumentacji medycznej - (proszę podać zakres dat)

□ **poradnia - ……..**
- □ całość dokumentacji
- □ wizyty od …… do ……
- □ płyta CD z badaniami obrazowymi (RTG / TK)* ……
- □ wyniki badań z dnia……
- □ inne ……

□ **oddział ……**
- □ całość dokumentacji
- □ cześć dokumentacji
  - □ karta informacyjna
  - □ protokół operacji/zabiegu
  - □ wywiad lekarski (badanie przedmiotowo-podmiotowe)
  - □ płyta CD z badaniami obrazowymi (RTG) wszystkie / wybrane* ……
  - □ płyta CD z badaniami obrazowymi (TK) wszystkie / wybrane* ……
  - □ inne ……

* odpowiednie badanie zaznaczyć

Wnioskowaną dokumentację:

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

Oświadczam, iż:
1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w SPZZOZ w Staszowie.
2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą)

…..... …..
miejscowość, 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

WYPEŁNIA PRACOWNIK SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W STASZOWIE

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

……..

data i podpis pracownika wydającego dokumentację