

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres zamieszkania:
Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:
PESEL:

Wnioskuję o:

- wydanie oryginału dokumentacji medycznej** (na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta)
- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej** (opłata 0,30 zł za stronę)
- wydanie wyciągu dokumentacji medycznej** (opłata 5,00 zł za stronę)
- wydanie odpisu dokumentacji medycznej** (naliczana opłata 5,00 zł za stronę)
- sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej na płycie CD** (dokumentacja prowadzona w formie elektronicznej)
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**

Rodzaj dokumentacji medycznej:

-
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- 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 Przedsiębiorstwie Uzdrowisko Ciechocinek Spółka Akcyjna;
- 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą);
- 3) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPLYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika:

WERYFIKACJA WNIOSKU (wypełnia pielęgniarka oddziałowa lub Dyrektor ds. Leczniczych)

Stwierdzam, że wnioskodawca jest upoważniony / nie jest upoważniony do odbioru w /w. dokumentacji medycznej.

Uzasadnienie:

.....
.....

.....
data i podpis osoby dokonującej weryfikacji

DECYZJA

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody* na udostępnienie w /w. dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem.

.....
data i podpis dyrektora ds. lecznictwa

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

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

Naliczono opłaty w wysokości: (należy podać nr fv).....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU: (w przypadku wysyłki pocztą należy dołączyć podpisane potwierdzenie odbioru)

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

.....
(rodzaj i numer dokumentu)

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację