



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
 - część 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:
 - PESEL:

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)

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPLYWU 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