



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane pacjenta:

Imię i nazwisko PESEL lub data urodzenia

2. Wnioskodawca jest:

☐ rodzicem/opiekunem prawnym ☐ pacjentem ☐ inną osobą uprawnioną do uzyskiwania dok. med.

Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania

Nr tel.:; e-mail

3. Dokumentacja medyczna dotyczy leczenia w (właściwie zaznaczyć x oraz podać nazwę i zakres dat):

☐ Poradni..... – w okresie

☐ Oddziale..... – w okresie

☐ Innej komórce organizacyjnej (podać jakiej) – w okresie

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. pełna historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać jakie, inne):

.....
.....

5. Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej:

5.1. Forma udostępniania:

- ☐ sporządzenie kserokopii*
- ☐ nagranie badań obrazowych (RTG, TK, MR) na elektronicznym nośniku danych CD*
- ☐ wypożyczenie wyniku RTG na kliszy, z **jednoczesnym zobowiązaniem się do zwrotu po jej wykorzystaniu**
- ☐ do wglądu, w tym wykonywania zdjęć i sporządzenia notatek
- ☐ sporządzenia wyciągu lub odpisu*

5.2. Sposób odbioru dokumentacji:

- ☐ odbiór osobisty
- ☐ odbiór osobisty przez niżej wymienioną osobę upoważnioną:
imię i nazwisko.....
numer dokumentu/PESEL:
- ☐ przesyłka pocztowa (doliczana jest opłata wg cennika usług administracyjnych)
adres:
- ☐ wysyłka na adres e-mail (w pliku szyfrowanym do 15 stron)
adres e-mail:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z cennikiem usług administracyjnych oraz zobowiązuje się do pokrycia kosztów przygotowania dokumentacji i ewentualnego jej przesłania według cen określonych w ww. cenniku.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma/-y, że nieodebranie zamawianej dokumentacji nie zwalnia mnie z obowiązku pokrycia kosztów jej przygotowania i przesłania.

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

* - opłata za każdą stronę dokumentacji i płytę CD jest pobierana tylko w przypadku udostępnienia drugiego i każdego kolejnego egzemplarza dokumentacji w danym zakresie i jest naliczana wg cennika usług administracyjnych (cennik jest dostępny w miejscu składania wniosku oraz na stronie internetowej szpitala).

6. Uwagi wnioskodawcy:

.....
.....

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI

I. ILOŚĆ I KOSZT WYDANEJ DOKUMENTACJI:

Ilość stron wydanej dokumentacji:

- ☐ A4, jednostronnie str.
☐ A4, dwustronnie str.
☐ A3, jednostronnie str.
☐ A3, dwustronnie str.

Płyta/-y CD: szt. Wysokość opłaty pocztowej:zł

Razem:zł

II. TRYB WYDANIA DOKUMENTACJI (właściwe zaznaczyć x):

☐ ODBIÓR OSOBISTY	☐ PRZESYŁKA POCZTOWA	☐ POTWIERDZENIE ZWROTU BADANIA RTG NA KLISZY
Niniejszym oświadczam, iż dokonałam/-em ww. opłaty i odebrałam/-em ww. dokumentację w dniu: (czytelny podpis odbierającego) (czytelny podpis wydającego)	 (data) (podpis osoby wysyłającej)	Potwierdzam zwrot wypożyczonego badania RTG na kliszy w dniu: (czytelny podpis osoby wnioskującej) (pieczętka i podpis osoby udostępniającej)

III. POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI W MIEJSCU:

W dniu:
.....
(czytelny podpis osoby wnioskującej) (pieczętka i podpis osoby udostępniającej)