

Warszawa, dnia rok

WNIOSEK Nr/.....
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko

Adres do korespondencji:

Numer i seria dokumentu tożsamości:

Numer telefonu kontaktowego:

Działając w imieniu własnym lub jako: rodzic, inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy opiekun prawny opiekun faktyczny**2. Wniosek dotyczy dokumentacji medycznej pacjenta:**

Imię (imiona) i Nazwisko:

Numer PESEL:

3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w: Oddział data pobytu Poradnia data wizyty Izba Przyjęć Położnicza, data wizyty Szpitalny Oddział Ratunkowy, data wizyty Inne data wizyty

Uwagi

4. Wnioskuje o udostępnienie: kopii dokumentacji medycznej: w formie papierowej lub na płycie CD wydruku dokumentacji medycznej (dotyczy tylko karty informacyjnej z leczenia szpitalnego) odpisu dokumentacji medycznej wyciągu z dokumentacji medycznej dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych (dotyczy tylko badań realizowanych w Pracowniach RTG, USG, TK, MR, EEG) – płyta CD**5. Dokumentacja wymieniona w pkt 4:** zostanie odebrana osobiście, płatność przy odbiorze proszę wydać osobie upoważnionej, płatność przy odbiorze*(imię, nazwisko, numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)* proszę o przesłanie na mój koszt za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt 1. uwzględniając koszt wykonania kopii/odpisu/wypisu/wydruku/informatycznego nośnika danych oraz koszty przesyłki, zgodnie z obowiązującym cennikiem Poczty Polskiej (za potwierdzeniem odbioru, na koszt odbiorcy)**6. Dokumentacja wymieniona w pkt 4 udostępniana jest:** w celu dalszego leczenia w celu wydania orzeczenia w innym celu**7. Wnioskuje o wystawienie faktury:** tak nie

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii, wyciągu, odpisu, wydruku dokumentacji medycznej i/ lub nośnika danych zgodnie z Cennikiem obowiązującym w Szpitalu oraz jeśli dotyczy, do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej, a także, jeśli dotyczy do przedłożenia upoważnienia dla osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji.

Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.

.....
Podpis Wnioskodawcy

Oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne z prawdą.

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany o wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.

.....
Podpis Wnioskodawcy

Dokumentację sporządził/a w dniu r.

*Imię i nazwisko**podpis*

Dokumentację przekazano do Kancelarii/Punktu Informacyjnego w dniu r.

podpis właściwe zaznaczyć