

WNIOSEK nr..... (nr nadaje Rejestracja)
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko PESEL lub data urodzenia

2. WNIOSKODAWCA:Wnioskodawca jest: ☐ rodzicem/opiekunem prawnym ☐ pacjentem ☐ inną osobą uprawnioną
do uzyskiwania dok. med.

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr tel.:, e-mail

3. Dokumentacja medyczna dotyczy leczenia w (właściwe zaznaczyć):☐ 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 jakich, inna):**.....**5. Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej:****5.1. Forma udostępniania:**

- ☐ sporządzenie kserokopii*
- ☐ nagranie badan obrazowych (RTG, TK, NMR) na elektronicznym nośniku danych CD lub DVD*
- ☐ wypożyczenie wyniku badania RTG na kliszy, z **jednoczesnym zobowiązaniem się do zwrotu po jej wykorzystaniu**
- ☐ do wglądu, w tym wykonania 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
- adres zamieszkania
- ☐ przesyłka pocztowa (na adres podany w pkt 2) - wówczas doliczana jest opłata wg cennika usług administracyjnych. Należy skontaktować się ze szpitalem w celu ustalenia kwoty do zapłaty.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/-am 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 świadomy/-a, 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/DVD 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)

WYPEŁNIĆ TYLKO PIERWSZĄ STRONĘ

Szczegółowy zakres udostępnianej dokumentacji:

Rodzaj dokumentacji:	Z oddz./ z archiwum	Potwierdzenie zwrotu oryginału (data i podpis osoby odbierającej)

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI:**I. ILOŚĆ I KOSZT WYDANEJ DOKUMENTACJI:**

Ilość stron wydanej dokumentacji: str. x zł =zł

Płyta CD/DVD: szt. x zł =zł

Wysokość opłaty pocztowej: zł

Razem:zł

II. TRYB WYDANIA DOKUMENTACJI (właściwe zaznaczyć X):

☐ ODBIÓR OSOBISTY	☐ PRZESYŁKA POCZTOWA	☐ PRZEKAZANIE DO SEKRETARIATU
Niniejszym oświadczam, iż dokonałem/-am ww. opłaty i odebrałem/-am ww. dokumentację w dniu: (czytelny podpis odbierającego) (czytelny podpis wydającego)	 data podpis osoby wysyłającej	 data podpis

III. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji w miejscu:

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

IV. Potwierdzenie zwrotu badania RTG na kliszy

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