

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskodawca:

Imię, nazwisko Data ur./PESEL

Adres zam. Tel. kontaktowy

Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta*)

Imię, nazwisko Data ur./PESEL

Adres zam.

Dokumentacja dotyczy - Poradni/Oddziału/Inne
(wpisać nazwę komórki)

z okresu/dnia

Rodzaj dokumentu medycznego:

pełna historia choroby karta informacyjna wyniki badań - RTG MRI TK Mammografia

USG inne

Forma dokumentu:

papierowa płyta CD kopia opisu badania

Liczba kopii dokumentacji uwierzytelniona / niewierzytelniona**)

Dokumentację:

odbiorę osobiście proszę przesłać na adres jw...-zobowiązuję się pokryć koszty kserokopii dokumentacji oraz przesyłki

odbierze osoba upoważniona inne

* wypełnić w sytuacji gdy wnioskodawca występuje jako rodzic dziecka 18 rż., przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona
** właściwe podkreślić

.....
data i czytelny podpis osoby wnioskującej

OŚWIADCZENIE

W przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w ciągu 14 dni od wyznaczonej daty odbioru, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii oraz kosztów przesyłki. Jednocześnie wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez mojego podpisu.

.....
data i czytelny podpis osoby wnioskującej

Odbiór dokumentacji:

.....
data i czytelny podpis osoby wydającej

.....
data i czytelny podpis osoby odbierającej

Sporządzenie kopii odbywa się na koszt wnioskodawcy zgodnie z obowiązującym w Szpitalu cennikiem.
Podstawa prawna-Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.