

WNIOSEK

O UDOŚTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (dla podmiotów uprawnionych)

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko lub Nazwa podmiotu uprawnionego

Adres zamieszkania/siedziby.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego.....

W wypadku składnia podmiotów uprawnionych prosimy wpisać NIP w miejscu nr PESEL

2. Dokumentacja medyczna dotyczy¹

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę oddziału, poradni, gabinetu i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniana)

4. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący – należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, historia zdrowia i choroby – w poradniach, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań- podać jakich, zdjęcie rentgenowskie, inne)

5. Wnioskuje o (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu) Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem Wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 w siedzibie Szpitala. Sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej. Sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej. Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu (tylko dla uprawnionych podmiotów).6. Dokumentacja wymieniona w pkt 4 (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu.) zostanie odebrana osobiście; proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w ALDEMED Centrum Medyczne Sp. z o.o. oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej (plus obowiązująca stawka VAT).

.....
(podpis wnioskodawcy)

¹ Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia organu

Wydano:

.....
(data wydania dokumentu)

1. Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

.....nr
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokościzastron dokumentacji
medycznej.

3. Wystawiono fakturę nr.....z dnia.....

Oświadczam, że odebrałem/am oryginały dokumentacji medycznej w ilości stron.

**Zobowiązuję się do jej zwrotu do dnia w kompletnym i
nienaruszonym stanie.**

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)

ZWROT

W dniu zwrócono dokumentację w ilości stron.

Uwagi odnośnie zwróconej dokumentacji

.....

.....
Czytelny podpis osoby zwracającej dokumentację

.....
czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację.