

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Wnioskującego

Adres zamieszkania Wnioskującego

(kod)

(miejscowość)

(ulica i nr domu)

Dowód tożsamości Wnioskującego tel. kontaktowy

Zwracam się z prośbą o udostępnienie w formie:☐ do wglądu ☐ kopii / wydruku ☐ kopii na informatycznym nośniku danych ☐ odpisu ☐ wyciągudokumentacji medycznej pacjenta:.....
(nazwisko, imię, PESEL Pacjenta)

sporządzonej w Oddziale / Dziale / Poradni:

w okresie

do odbioru upoważniam:

sposób odbioru:☐ w siedzibie☐ przesyłka polecona☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej*

bezpieczne hasło

*w przypadku żądania wystania dokumentacji medycznej za pomocą środków komunikacji elektronicznej niezbędne jest ustalenie bezpiecznego hasła, bez niego dokumentacja nie będzie wysłana.

Uwagi:

☐ dokumentacja udostępniana <u>po raz pierwszy</u> we wnioskowanym zakresie lub w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych	☐ dokumentacja udostępniana <u>kolejny raz</u> we wnioskowanym zakresie Oświadczam, że pokryję w całości koszt udostępnienia dokumentacji medycznej ustalony zgodnie z <i>Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta</i> .
---	---

Katowice, dnia

.....
(czytelny podpis Wnioskującego)

Potwierdzam zgodność przygotowanej kopii dokumentacji medycznej z *Wnioskiem*

ilość stron

.....
(podpis pracownika Szpitala)

Po sprawdzeniu:

✓ tożsamości odbierającego kopię/wyciąg/odpis dokumentacji medycznej:

seria i nr DO

✓ dowodu uiszczenia opłaty za wykonanie usługi (*jeżeli dotyczy*)

Potwierdzam wydanie kopii/wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej:

.....
(podpis pracownika Szpitala)

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej

Katowice, dnia

.....
(podpis odbierającego)

Uwagi: