 Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie	Formularz	F-I-4.2.4-2/ZI/01
	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej*	Wydanie z dnia 27.10.2017r.
		Strona 1 z 2

Dane wnioskodawcy:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania/zameldowania)

.....
(pesel)

.....
(data)

.....
(podpis)

*****Dane osoby, której dokumentacja dotyczy:**

.....(

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania/zameldowania)

.....
(pesel)

.....
(data)

.....
(podpis)

Powyższe dane osobowe potwierdzam:

Podpis pracownika archiwum data

I. Proszę o sporządzenie wyciągu/odpisu/kopii/wydruku** dokumentacji medycznej z pobytu/ porady w okresie:

.....

w oddziale/poradni.....

.....

Proszę o potwierdzenie „za zgodność z oryginałem” TAK, NIE (właściwe zakreślić)

II. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych z pobytu/porady w okresie

w oddziale/poradni


III. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez przesłanie jej za pośrednictwem następującego środka komunikacji elektronicznej

z pobytu/porady w okresie

w oddziale/poradni

listem poleconym na adres:

(z adnotacją na kopercie „do rąk własnych”)/do odbioru osobistego.

 Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie	Formularz	F-I-4.2.4-2/ZI/01
	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej*	Wydanie z dnia 27.10.2017r.
		Strona 2 z 2

IV. Proszę o umożliwienie mi wglądu do dokumentacji medycznej z pobytu/porady w okresie

w oddziale/poradni

Osoba odbierająca wyciąg/odpis/kopię/wydruk/informatyczny nośnik danych/dokumentację medyczną przesłaną za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej/wnioskująca o wgląd do dokumentacji medycznej (właściwe zakreślić):

1. pacjent, 2. osoba upoważniona, 3. osoba upoważniona do uzyskiwania dokumentacji w przypadku zgonu pacjenta, 4. przedstawiciel ustawowy.

Potwierdzam odbiór wyciągu/odpisu/kopii/wydruku/informatycznego nośnika danych/** dokumentacji medycznej

.....
Podpis pacjenta lub osoby uprawnionej lub
pracownika udostępniającego dokumentację medyczną (z adnotacją o przyczynie podpisu)

Potwierdzam wypożyczenie RTG, CT, MR i zobowiązuję się do zwrotu po wykorzystaniu.

.....
Podpis pacjenta lub osoby uprawnionej lub
pracownika udostępniającego dokumentację medyczną (z adnotacją o przyczynie podpisu)

Uwaga: Udostępnienie dokumentacji medycznej odbywa się na koszt wnioskodawcy, wg aktualnego cennika.

* wniosek stanowi wyłącznie wzór, który może być dobrowolnie wykorzystany przez pacjenta; dla uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej nie jest wymagane złożenie wniosku w formie zaproponowanej przez Szpital

** niepotrzebne skreślić

*** wypełnia się w przypadku, gdy dokumentacja medyczna dotyczy innej osoby niż wnioskodawca