

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:PESEL.....

Adres zamieszkania:ul.:nr:

Kod pocztowy: poczta: woj.:

Telefon kontaktowy:e-mail:

Proszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej z leczenia w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Twardogórze*:

- historii zdrowia i choroby za okres od.....do.....
 wyników badań diagnostycznych za okres od.....do.....

w formie*:

- do wglądu, w tym do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych
 wyciągu (skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej)
 odpisu (przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem)
 kopii (kserokopia albo odwzorowanie cyfrowe tj. skan)
 za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
 na informatycznym nośniku danych
 oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu

Pacjenta:

Imię i nazwisko:PESEL.....

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z obowiązującym w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Twardogórze cennikiem udostępniania dokumentacji, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych ze sporządzeniem kopii/ odpisu/ wyciągu dokumentacji medycznej oraz pokrycia kosztów wysyłki za pobraniem.

Sposób przekazania dokumentacji medycznej pacjenta*:

- wnioskowaną dokumentację proszę wysłać na wyżej wymieniony adres za zaliczeniem pocztowym
 wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście
 upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Pana/Panią:
, dowód osobisty nr:

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy).....
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)**Potwierdzam przygotowanie dokumentacji medycznej do udostępnienia w postaci*:**

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> wyciągu z dokumentacji | liczba stron..... |
| <input type="checkbox"/> odpisu dokumentacji w wersji papierowej | liczba stron..... |
| <input type="checkbox"/> kopii dokumentacji w wersji papierowej | liczba stron..... |
| <input type="checkbox"/> dokumentu w wersji elektronicznej (płyta CD) | w liczbie płyt..... |
| <input type="checkbox"/> oryginału dokumentacji | liczba stron..... |
- którą zobowiązuję się zwrócić do dnia.....

Opłata za udostępnienie dokumentacji wynosi.....zł (słownie.....zł)

.....
(data i czytelny podpis osoby odpowiedzialnej)

*właściwe zakreślić X