

DANE PACJENTA

.....
imię i nazwisko oraz poprzednio używane nazwisko (jeśli dotyczy)

.....
adres zamieszkania

.....
adres poczty elektronicznej, nr telefonu kontaktowego

.....
numer PESEL lub data urodzenia

DANE WNIOSKODAWCY

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
adres poczty elektronicznej, nr telefonu kontaktowego

.....
nr dowodu osobistego

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskuje o:

- udostępnienie kopii / wydruku / odpisu / wyciągu dokumentacji medycznej*
- udostępnienie skanu / elektronicznej dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych*
- udostępnienie badań obrazowych na elektronicznym nośniku danych *
- udostępnienie skanu dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych*
- udostępnienie elektronicznej dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej*
- wgląd do dokumentacji medycznej*

z oddziału:
z okresu

Zakres udostępnianej dokumentacji * potwierdzonej za zgodność z oryginałem: TAK NIE

- komplet historii choroby
- karta informacyjna
- opis operacji
- wynik badania
- inne

z poradni:
z okresu

Zakres udostępnianej dokumentacji * potwierdzonej za zgodność z oryginałem: TAK NIE

- komplet historii zdrowia i choroby
- wyniki badania
- inne

z pracowni diagnostyki obrazowej:

Zakres udostępnianej dokumentacji: płyta CD, opis badania reprodukcja obrazu na błonie:

tomografii komputerowej (data badania:)

rezonansu magnetycznego (data badania:)

rtg (data badania:)

inny (należy podać jaki): (data badania:)

z innej komórki organizacyjnej

z okresu

Sposób odbioru dokumentacji*

odbiór osobisty

odbiór przez osobę upoważnioną

wysyłka za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres:

przesyłka pocztowa

o wyrażam zgodę na pokrycie kosztów przesyłki

o nie wyrażam zgody na pokrycie kosztów przesyłki

brak zgody Wnioskodawcy na pokrycie kosztów przesyłki powoduje przekazanie udostępnianej dokumentacji medycznej do Kancelarii Szpitala do odbioru osobistego przez Wnioskodawcę lub upoważnioną osobę)

.....
czytelny podpis (z podaniem imienia i nazwiska Wnioskodawcy)

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU / DO WGLĄDU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam Panią / Pana

imię i nazwisko

legitymującą / legitymującego się

rodzaj i numer dokumentu tożsamości

do odbioru / do wglądu* do mojej dokumentacji medycznej.

.....
czytelny podpis (imię i nazwisko) osoby udzielającej upoważnienia

* właściwie zaznaczyć

WNIOSEK ZWERYFIKOWANO AKCEPTACJA WNIOSKU ODMOWA REALIZACJI WNIOSKU

.....
Data i podpis pracownika dokonującego weryfikacji