



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane Wnioskodawcy (Pacjenta lub Osoby Upoważnionej):

(data)

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

NR PESEL:

Numer telefonu do kontaktu:

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

NR PESEL:

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

.....

4. Rodzaj udostępnianej dokumentacji (np.: historia choroby, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, kartoteka z poradni specjalistycznej):

.....

5. Wypożyczenie zdjęć RTG, płyt CD - przewidywany termin zwrotu:

6. Wnioskuje o (podkreślić właściwą odpowiedź):

- sporządzenie kopii / wydruku dokumentacji medycznej, która ma być poświadczona „za zgodność z oryginałem”, uwierzytelnioną podpisem przez uprawnioną do tego osobę;
- sporządzenie odpisu dokumentacji medycznej;
- sporządzenie wyciągu (tylko fragment) dokumentacji medycznej;
- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt.3 w siedzibie Szpitala (wymaga uzgodnienia terminu wglądu);
- sporządzenie skanu dokumentacji medycznej i przesłanie na wskazany adres mailowy lub nagranie na pendrive;

.....

.....



SPECJALISTYCZNY SZPITAL
im. dra Alfreda Sokółowskiego
w Wałbrzychu

FORMULARZ

F-IN-STAT-02-01

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Wydanie III
z dnia 19.06.2017 r.**

Strona: 2 z 2

7. Dokumentacja wymieniona w pkt. 3 (podkreślić właściwą odpowiedź):

- Zostanie odebrana osobiście;
- Zostanie odebrana przez upoważnioną osobę;
- Proszę o przesłanie listem poleconym, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, na adres jak w pkt. 1. *

* Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej. Dokumentacja zostanie przesłana po uprzedniej wpłacie na konto Santander Bank Polska S. A. nr rachunku **15 1500 1764 1217 6001 3267 0000**, jako tytuł przelewu proszę wpisać: Imię i Nazwisko wnioskodawcy – opłata za dokumentację medyczną.

8. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie (wpisać nazwę dokument, numer i serię):

9. Koszt udostępnionej dokumentacji:,
(liczba stron:).

10. Dokumentację wydano / wysłano w dniu:
(data)

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

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

Podstawa prawna:

1. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn. 6 listopada 2008 r. Rozdział nr 7 (DZ.U. z 2017 poz. 1868 z późniejszymi zmianami.)