

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu, mail:

OŚWIADCZAM ŻE JESTEM

pacjentem

PESEL

przedstawicielem ustawowym / opiekunem prawnym pacjenta

osobą upoważnioną w dokumentacji pacjenta

osobą bliską pacjenta (w przypadku zgonu pacjenta)*

2. DANE PACJENTA (wypełnić jeśli inne niż powyżej):

Imię i nazwisko pacjenta:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

PESEL

3. RODZAJ I ZAKRES DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Poradnia:

z okresu od

Oddziału:

z okresu od

Inne:

z okresu od

Wnioskowana dokumentacja ma być wykorzystywana w sprawach przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

4. FORMA I SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI

kopia odpis wyciąg kopia na nośniku elektronicznym (wyniki badań obrazowych)

wgląd do oryginału w siedzibie szpitala

5. ODBIÓR WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

osobiscie przez wnioskodawcę - opłata przy odbiorze**

przesyłka pocztowa z potwierdzeniem odbioru

DO ODBIORU WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ UPOWAŻNIAM

Imię i nazwisko:

nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.

ZOBOWIAZUJĘ SIĘ DO POKRYCIA KOSZTÓW WYKONANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (ZGODNIE Z CENNIKIEM SPZOZ W HAJNÓWCE) ORAZ KOSZTÓW EWENTUALNEJ WYSYŁKI (ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYM CENNIKIEM POCZTY POLSKIEJ)

.....
Data

.....
Podpis wnioskodawcy

6. POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

* Zgodnie z art. 26 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Opłaty za sporządzenie wyciągu, kopii, lub wyroku nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:

1. pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie;
2. w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Wypełnia statystyk medyczny lub archiwista:

Wniosek przyjął/a:

Przewidywany termin odbioru:

Kopię sporządził/a:

Kopię dokumentacji wydał/a:

Data

podpis