



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII / WYCIĄGU / ODPISU / WYDRUKU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Pacjent

Imię i nazwisko Pacjenta

Pesel

Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego **

Telefon kontaktowy

Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości ze zdjęciem Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego *

Wnoszę w imieniu: własnym lub jako: rodzic opiekun prawny,

przyjmując do wiadomości, iż za przygotowanie n/w dokumentacji pobierana jest opłata, nawet w przypadku jej nie odebrania.

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej* :

Rodzaj dokumentacji

Całości dokumentacji medycznej

Wybranej dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia / diagnostyki:

Szpital (kopia dokumentacji z pobytu w oddziale):

.....
nazwa oddziału

.....
zakres hospitalizacji (daty)

Poradnia specjalistyczna (kopia karty z poradni):

.....
nazwa poradni

.....
zakres wizyt (daty)

Diagnostyka:

.....
rodzaj badania

.....
data badania

W formie: kopii papierowej elektronicznego nośnika danych (skan)

wyciągu odpisu

Sposób odbioru

Dokumentacja: zostanie odebrana osobiście, a opłata wniesiona przy odbiorze

zostanie odebrana przez osobę upoważnioną***, a opłata wniesiona przy odbiorze

proszę o przesłanie na mój koszt za zwrotnym potwierdzeniem odbioru uwzględniając koszt przygotowania wnioskowanej kopii dokumentacji medycznej oraz koszty przesyłki (opłata za pobraniem)

.....
adres do korespondencji

Jako osoba składająca wniosek, zobowiązuję się do pokrycia kosztów przygotowania w/w dokumentacji medycznej wraz z ewentualnymi kosztami jej przesłania, jednocześnie wyrażając zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.

.....
data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

* zaznaczyć właściwe

*** brak przedłożenia upoważnienia uniemożliwi udostępnienie dokumentacji

** dotyczy Pacjentów poniżej 18 r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych



Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej medycznej

Płatność

..... Liczba stron kopii dokumentacji * zł Wniesiono opłatę w wysokości W dniu
..... Wystawiono fakturę nr / paragon Z dnia Opłacono przelewem / w Kasie

Odbiór

Dokumentacja:

odebrana osobiście przez Pacjenta / Rodzica / Opiekuna Prawnego,
.....
Imię i nazwisko Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości

odebrana przez osobę upoważnioną,
.....
Imię i nazwisko Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości

wysłana pocztą/kurierem na wskazany adres w dniu

.....
data, pieczęć i podpis **osoby wydającej** dokumentację

.....
data i czytelny podpis **osoby odbierającej** dokumentację

Nr konta Szpitala do wpłat:

MBS w Łomiankach 89 8009 0007 0000 0475 2001 0005

Podstawa prawna:

Na podstawie art. 27 ust. 1 pkt 2 i art. 28 ust. 3 i 4 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta

* jeśli dotyczy