POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE GRÓJEC

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

ZD/F/7.2

Grójec dnia……..

1. Wnioskodawca:

   Imię i Nazwisko .....

   Adres zamieszkania .....

Nr PESEL											

   Numer telefonu kontaktowego .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*

   Imię i Nazwisko .....

   Adres zamieszkania .....

Nr PESEL											

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w:

   Oddziale …… za okres od …… do ……

   Poradni …… za okres od …… do ……

   Inne (podać jakie) ……..

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać jakich, inna)

   .....

5. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w następującej formie:
   KOPIA PAPIEROWA TAK NIE

   ZAPIS CD TAK NIE

   DO WGLĄDU TAK NIE

   Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej i zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej sporządzenia przy odbiorze osobistym lub z kosztem przesyłki.

6. Dokumentację **

   a) odbiorę osobiście;

   b) proszę przesłać na adres jak w pkt. 1;

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

**wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta*

***niepotrzebne skreślić*

Wydano:

.....
Data wydania dokumentu

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie

…… nr ……

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości ……. zł., nr paragonu ……..z dnia…….*
3. Wystawiono fakturę nr …….. z dnia ……..*

……

(Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

4. Wysłano listem poleconym nr nadawczy …….. dnia ……..*

……

(Czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)

** - niepotrzebne skreślić*

Potwierdzenie zwrotu oryginału dokumentacji medycznej

…….
(Data zwrotu dokumentu)

…….
(czytelny podpis osoby zwracającej dokument)

……
(czytelny podpis pracownika przyjmującego dokument)

Uwagi:

……

……

……