



System Zarządzania Jakością

Wpisany do Wykazu:

...../.....
Numer wpisu Podpis wpisującego

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

..... Imię i nazwisko pacjenta	 Pesel / Data urodzenia	
..... Adres	 Telefon do kontaktu	
Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie*: <input type="checkbox"/> Do wglądu <input type="checkbox"/> Kopii/ wydruku <input type="checkbox"/> Odpisu/ wyciągu <i>dotyczy wyłącznie dokumentacji wytworzonej w formie elektronicznej:</i> <input type="checkbox"/> Elektronicznej na nośniku danych - płyta CD/DVD <input type="checkbox"/> Elektronicznej poprzez przesłanie na adres e-mail :..... nr telefonu do przesłania hasła:..... Proszę o dokumentację ze świadczeń medycznych z Poradni..... z terminu*: <input type="checkbox"/> oddo <input type="checkbox"/> całości okresu leczenia			
Udostępnioną dokumentację w formie wydruku, kopii, odpisu, wyciągu, nośnika danych*: <input type="checkbox"/> odbiorę osobiście <input type="checkbox"/> odbierze upoważniona przeze mnie osoba (dotyczy tylko gdy wniosek składa pacjent) : <input type="checkbox"/> proszę przesłać pocztą tradycyjną za pobraniem na adres:			
Oświadczam, że zapoznałem/am się z obowiązującym Cennikiem opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuje się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji i kosztów przesłania (opłata za usługi pocztowe). Data i podpis pacjenta lub osoby upoważnionej			
Potwierdzam prawo wnioskującego do dostępu do dokumentacji medycznej i ustaliam termin:/..... wglądu do dokumentacji / wydania dokumentacji Podpis osoby przyjmującej wniosek (Rejestracja/Sekretariat)			
Potwierdzam kompletność dokumentacji i zgodność dokumentacji z oryginałem lub dokumentacją elektroniczną Data, pieczęć i podpis Dyrektora/Kierownika/lekarza			
Koszt udostępnienia dokumentacji : Potwierdzam przekazanie dokumentacji i pobranie opłaty. Data i podpis osoby wydającej (Rejestracja/Sekretariat)			
Potwierdzam odbiór dokumentacji w formie kopii/wydruku/wyciągu/odpisu/na nośniku danych Data i podpis pacjenta lub osoby upoważnionej lub potwierdzenie wysłania lub odbioru wiadomości elektronicznej			

*właściwe zaznaczyć