



Przychodnia
Medycyny
Rodzinnej

System Zarządzania Jakością

Wpisany do Wykazu:

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

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI/ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ŚMIERCI PACJENTA

Dane pacjenta

.....
Imię i nazwisko

.....
Pesel / Data urodzenia

.....
Adres

Dane osoby wnioskującej

.....
Imię i nazwisko

.....
Pesel / Data urodzenia

.....
Adres

.....
Telefon do kontaktu

Osoba wnioskująca jest (właściwie zaznaczyć):

- Osobą upoważnioną przez pacjenta za życia
 Przedstawicielem ustawowym pacjenta w chwili jego zgonu
 Osobą bliską – rodzaj pokrewieństwa:

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie*:

- Do wglądu
 Kopii/ wydruku
 Odpisu/ wyciągu

dotyczy wyłącznie dokumentacji wytworzonej w formie elektronicznej:

- Elektronicznej na nośniku danych - płyta CD/DVD
 Elektronicznej poprzez przesłanie na adres e-mail :.....

Proszę o dokumentację ze świadczeń medycznych z Poradni.....
z terminu:

- oddo
 całości okresu leczenia

Udostępnioną dokumentację w formie wydruku, kopii, odpisu, wyciągu, nośnika danych*:

- odbiorę osobiście
 odbierze upoważniona przeze mnie osoba:
 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.

.....
Data i podpis wnioskującego

Potwierdzam prawo wnioskującego do dostępu do dokumentacji medycznej/uzyskiwania informacji

na podstawie dokumentu:
nazwa dokumentu/symbol/data wydania

i ustaliam termin: /
wglądu do dokumentacji / wydania dokumentacji

.....
Podpis osoby przyjmującej wniosek (Sekretariat)



System Zarządzania Jakością

Odmowa udzielenia informacji/udostępnienia dokumentacji pacjenta, za względu na :

.....
.....

.....
Data, pieczętka i podpis Dyrektora/Kierownika/lekarza

Potwierdzam kompletność dokumentacji i zgodność dokumentacji z oryginałem lub dokumentacją elektroniczną

.....
Data, pieczętka i podpis Dyrektora/Kierownika/lekarza

Koszt przygotowania dokumentacji :

Potwierdzam przekazanie dokumentacji/informacji i pobranie opłaty.

.....
Data i podpis osoby wydającej (Rejestracja/Sekretariat)

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji/wyciągu/odpisu/dokumentacji na nośniku danych/informacji do wglądu

.....
Data i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej lub potwierdzenie wysłania

- właściwe zaznaczyć