

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**WNIOSKODAWCA:**

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii / skanu dokumentacji medycznej
 udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

<input type="checkbox"/> ODDZIAŁ <input type="checkbox"/> pełna dokumentacja <input type="checkbox"/> historia choroby <input type="checkbox"/> karta informacyjna <input type="checkbox"/> protokół operacyjny <input type="checkbox"/> wyniki badań <input type="checkbox"/> inne:
<input type="checkbox"/> PORADNIA <input type="checkbox"/> pełna dokumentacja <input type="checkbox"/> zapisy wizyt lekarskich <input type="checkbox"/> wyniki badań <input type="checkbox"/> inne:
<input type="checkbox"/> PRACOWNIA <input type="checkbox"/> płyta CD <input type="checkbox"/> opis <input type="checkbox"/> inne:

OKRES LECZENIA:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
 proszę wysłać na adres:
 proszę wysłać mailem na adres:
 odbierze osoba upoważniona:
 – imię i nazwisko:
 – PESEL / nr dowodu osobistego:

Oświadczam, iż:

- 1) w przypadku ubiegania się po raz kolejny o kopię dokumentacji medycznej zobowiązuję się do poniesienia kosztów jej wykonania, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie,
- 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),
- 3) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o możliwości odbioru, wyrażam zgodę na przesłanie dokumentacji pocztą i zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii oraz wysyłki.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację