

	Formularz	1
	Wniosek o sporządzenie wyciągu / odpisu / kopii / wydruku/udostępnienie dokumentacji medycznej	Strona 1 z 2

Dane wnioskodawcy:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania/zameldowania)

(pesel)

.....
(data)

.....
(podpis)

****Dane osoby, której dokumentacja dotyczy:**

.....
imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania/zameldowania)

(pesel)

.....
(data)

.....
(podpis)

Powyższe dane osobowe potwierdzam:

Podpis pracownika archiwum

data

Proszę o sporządzenie wyciągu/odpisu/kopii/wydruku* dokumentacji medycznej z pobytu/ porady w okresie:

w oddziale/poradni.....

.....
Proszę o potwierdzenie „za zgodność z oryginałem” TAK, NIE (właściwe zakreślić)

II. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych z pobytu/porady w okresie

w oddziale/poradni

III. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez przesłanie jej za pośrednictwem następującego środka komunikacji elektronicznej

z pobytu/porady w okresie

w oddziale/poradni

	Formularz	
	Wniosek o sporządzenie wyciągu / odpisu / kopii / wydruku/udostępnienie dokumentacji medycznej	Strona 2 z 2

Proszę o przekazanie mi hasła do przesłanej dokumentacji medycznej: w formie SMS na numer telefonu:/ listem poleconym na adres: (z adnotacją na kopercie „do rąk własnych”)/do odbioru osobistego.

IV. Proszę o umożliwienie mi wglądu do dokumentacji medycznej z pobytu/porady w okresie w oddziale/poradni.....

Osoba odbierająca wyciąg/odpis/kopię/wydruk/informatyczny nośnik danych/dokumentację medyczną przesłaną za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej/wnioskująca o wgląd do dokumentacji medycznej (właściwe zakreślić):

1. pacjent, 2. osoba upoważniona, 3. osoba upoważniona do uzyskiwania dokumentacji w przypadku zgonu pacjenta, 4. przedstawiciel ustawowy.

Potwierdzam odbiór wyciągu/odpisu/kopii/wydruku/informatycznego nośnika danych/* dokumentacji medycznej/hasła do dokumentacji medycznej przesłanej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

.....
Podpis pacjenta lub osoby uprawnionej

Potwierdzam wypożyczenie zdjęć RTG, CTi zobowiązuję się do zwrotu po wykorzystaniu.

.....
Podpis pacjenta lub osoby uprawnionej

Uwaga: Udostępnienie dokumentacji medycznej odbywa się na koszt wnioskodawcy, wg aktualnego cennika.

* niepotrzebne skreślić

** wypełnia się w przypadku, gdy dokumentacja medyczna dotyczy innej osoby niż wnioskodawca