



WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I. (wypełnia wnioskodawca)

.....
(Miejscowość i data)

a) Imię i Nazwisko: **Pesel:**

Adres zamieszkania -
(Ulica / nr domu) (Miejscowość) (Kod pocztowy)

Telefon:

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

- Wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy Wniosek składa przedstawiciel ustawy pacjenta
 Wnioskodawca został upoważniony przez pacjenta

b)

Proszę wypełnić tylko w przypadku, kiedy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja.

Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek:

Imię i Nazwisko: **Pesel:**

Adres zamieszkania -
(Ulica / nr domu) (Miejscowość) (Kod pocztowy)

c) Dokumentacja dotyczy leczenia:

(proszę podać nazwę Poradni/Oddziału/Pracowni oraz okres leczenia)

(nazwa Poradni/Oddziału/Pracowni) (okres leczenia)

Zakres dokumentacji medycznej:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

- Historia choroby
 Karta informacyjna
 Wyniki badań
 Diagnostyka obrazowa
 Inne

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

- Do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego Sporządzenie i wydanie wyciągu
 Wydanie kserokopii dokumentacji medycznej Sporządzenie i wydanie odpisu
 Wydanie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem Wydanie oryginału dokumentacji medycznej
 Wydanie wydruku dokumentacji medycznej Wydanie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych

Sposób odbioru dokumentacji:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

- Dokumentację odbiorę osobiście
 Dokumentację proszę przesać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na deklarowany adres za pobraniem należności (obejmującym koszt kopii i koszty przesyłki wg cennika szpitala)
 Dokumentację proszę przesać mi przesyłką międzynarodową (obejmującym koszt kopii i koszty przesyłki wg cennika szpitala)
 Przez osobę upoważnioną w siedzibie podmiotu leczniczego
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych oraz zobowiązuje się do poniesienia kosztów związanych z udostępnioną dokumentacją medyczną zgodnie z obowiązującym w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Spółka z o.o. cennikiem opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.

(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

(data i podpis wnioskodawcy)

II. (wypełnia pracownik Sekcji Statystyki i Rejestru Usług Medycznych)

Na podstawie niniejszego wniosku sporządzono:

(data i podpis pracownika Sekcji Statystyki
i Rejestru Usług Medycznych)

Na podstawie obowiązującego cennika naliczono opłatę w wysokości _____ , ____ PLN za udostępnienie dokumentacji medycznej.
(podać dokładną kwotę)

Odstąpiono od naliczania opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej z tytułu:

(data i podpis pracownika Sekcji Statystyki
i Rejestru Usług Medycznych)

Dotyczy odbioru w siedzibie podmiotu leczniczego

Pobrano opłatę w wysokości _____ , ____ PLN za _____ stron dokumentacji medycznej.
(podać dokładną kwotę) (podać ilość)

Tożsamość osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji medycznej:

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

(seria)

(numer)

Potwierdzam wydanie oryginału/kopii dokumentacji medycznej

(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

Potwierdzam odbiór oryginału/kopii dokumentacji medycznej

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Data zwrotu dokumentacji oraz podpis osoby przyjmującej

Podpis osoby zwracającej

Dotyczy wysyłki (krajowej)

Wysłano listem poleconym.

Dotyczy wysyłki (międzynarodowej)

Wysłano listem poleconym.