

Opatów, dnia _____ roku

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko. _____

Adres zamieszkania. _____

Nr PESEL.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego. _____

Adres E-mail. _____

Dane Wnioskodawcy: jeśli dotyczy

Imię i Nazwisko / Nazwa Firmy _____

Adres zamieszkania / Firmy _____

Nr PESEL / NIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę oddziału, poradni, gabinetu i datę pobytu, lub okres, z jakiego dokumentacja ma być udostępniona).

3. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący – należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, historia zdrowia i choroby – w poradniach, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań – podać, jakich, inne).

4. Wnioskuję o (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu),

- ☐ Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem.
 - ☐ Wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 w siedzibie firmy.
 - ☐ Sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej.
 - ☐ Sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej.
 - ☐ Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem zwrotu (tylko dla uprawnionych podmiotów).
5. Dokumentacja wymieniona w pkt.4 (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu),
- ☐ zostanie odebrana osobiście;
 - ☐ proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt.1
 - ☐ proszę o przesłanie na podany adres e-mail

1. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii dokumentacji, o którą składany jest niniejszy wniosek, zgodnie z aktualnie obowiązującym cennikiem.
2. Zobowiązuję się do zapłaty kosztów wysyłki oraz kosztów zwrotnego potwierdzenia odbioru przed wysłaniem dokumentacji medycznej drogą pocztową przelewem na konto Szpitala: **45 1130 1192 0027 6160 8420 0001**
3. W przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.
4. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.

(czytelny podpis wnioskodawcy)

WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
(data wydania dokumentu)

1.Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie

Imię nazwisko:.....nr.....
(podać numer dowodu osobistego)

2.Pobrano opłatę w wysokościza.....stron dokumentacji medycznej.

3.Wystawiono fakturę nr.....z dnia.....

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

4.Wysłano listem poleconym nr nadawczy.....dnia.....

.....
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)