

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Uwaga: Wniosek proszę uzupełnić drukowanymi literami

1. WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko:

PESEL: .

Adres zamieszkania:

Nr telefonu kontaktowego:

2. DANE OSOBOWE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

Imię i nazwisko:

PESEL: .

Adres zamieszkania:

3. ZAKRES WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

A. Poradnia za okres

B. Oddział za okres

C. Inne za okres

4. FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

kserokopia dokumentacji medycznej

wydruk dokumentacji medycznej

odpis dokumentacji medycznej

wyciąg z dokumentacji medycznej

wydanie badań obrazowych RTG/TK/ MR na informatycznym nośniku danych

udostępnienie zdjęć rentgenowskich wykonanych na kliszy z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu

wgląd do dokumentacji medycznej (w obecności Lekarza Kierującego Oddziałem lub lekarza przez niego wskazanego, lek. dyżurnego lub innego lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem; pielęgniarki w zakresie prowadzonej dokumentacji pielęgniarskiej)

oryginał dokumentacji przeznaczonej do zniszczenia po upływie okresu przechowywania, za potwierdzeniem odbioru.

5. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Osobisty

Wysyłka pocztą elektroniczną na adres: Hasło do pliku

Wysyłka na adres jak w pkt nr 1. Ponoszę odpowiedzialność za problemy wynikłe na poczcie.

Uwaga: jeżeli udostępnienie dokumentacji medycznej podlega opłacie, dokumentacja zostanie wysłana po uiszczeniu kwoty zgodnej z wysokością opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej

Opinia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

data i czytelny podpis Wnioskodawcy

A. WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. BEZPŁATNE ILOŚĆ SZTUK:

ZAKRES:

.....
.....
.....
.....

2. ODPŁATNE:

a) KSEROKOPIA szt. x zł = zł

b) WYDRUK szt. x zł = zł

c) ODPIS szt. x zł = zł

d) WYCIĄG szt. x zł = zł

e) BADANIA OBRAZOWE KLISZA/CD szt. x zł = zł

f) SKAN szt. x zł = zł

ZAKRES:

.....
.....
.....
.....

Potwierdzam odbiór kserokopii/ wydruku/ odpisu/ wyciągu/ badania obrazowego RTG/TK/MR klisza/ CD/ oryginału dokumentacji medycznej (podkreślić właściwe)

.....

data

.....

imię i nazwisko odbierającego

.....

nr dokumentu tożsamości odbierającego

.....

podpis pracownika wydającego dokumentację medyczną

.....

podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną

B. Pobrano opłatę w wysokości: zł

C. Dokumentacja pobrana do kontynuacji leczenia TAK/ NIE

D. Wysłano listem poleconym:

.....

nr nadawczy

.....

data

E. Przekazano do Działu Finansowo- Księgowego w celu wystawienia faktury na kwotę:

..... zł