

WNIOSEK O WYDANIE KOPII LUB UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ w SPZOZ LISZKI

Dane Wnioskodawcy	
Nazwisko:	
Imię:	PESEL:
Adres zamieszkania	Telefon kontaktowy:
	Adres e-mail:
Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej: mojego leczenia/ leczenia dziecka w SPZOZ Liszki , którego jestem przedstawicielem ustawowym/ osobą upoważnioną/ leczenia innej bliskiej osoby (<i>właściwie zaznaczyć</i>)	
Dane Pacjenta	
Nazwisko	
Imię	PESEL:
Adres zamieszkania	Telefon kontaktowy:
Dokumentacja medyczna	
Wnioskuje o:	<input type="checkbox"/> wydanie kserokopii dokumentacji medycznej <input type="checkbox"/> udostępnienie dokumentacji w innej formie (<i>do wglądu, wyciąg, odpis,skan</i>) <input type="checkbox"/> wydania kopii wyników badania obrazowych na płycie CD
Zakres dokumentacji medycznej:	Rodzaj dokumentacji; <i>wizyta, konsultacja, kopia wyników badań, historia choroby w całości, hospitalizacja</i> (właściwie zaznaczyć)
	Leczenie w SPZOZ Liszki/ inne jednostki organizacyjne Dokumentacja poradni: ogólnej/ pediatrycznej/ stomatologicznej/ ginekologiczno-położniczej/inne..... (właściwie zaznaczyć)
	Okres: (data wizyty, data badania)
Dokumentację medyczną:	<input type="checkbox"/> odbiorę osobiście <input type="checkbox"/> odbierze upoważniona osoba Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/Pana legitymującego się nr..... <input type="checkbox"/> proszę przesać na adres zamieszkania: <input type="checkbox"/> proszę przesać na inny, wskazany niżej adres:
Dodatkowe uwagi:	Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje bez zbędnej zwłoki w przypadkach pilnych. Czas realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej ustalany jest indywidualnie i zależy od obszerności dokumentacji medycznej, jej dostępności dla pracowników SPZOZ oraz innych czynników organizacyjnych (podstawa prawna poniżej). Wydana dokumentacja zawsze zawiera potwierdzenie zgodności z oryginałem.
odst	

Oświadczam, że zostałem poinformowany o odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej.
Zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów: wykonania kserokopii oraz wysyłki dokumentacji medycznej za pobraniem pocztowym (jeśli dotyczy).

.....
data i czytelny podpis Wnioskodawcy

Ilość skopiowanych stron - wypełnia pracownik

Dokumentację do wglądu udostępniono dnia:

Data.....

Data.....

.....

.....

(czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację)

(czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację)

Podstawa prawna: art. 26, 27 i 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. poz. 836) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.