



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

CZĘŚĆ I

1. Wnioskodawca

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Numer telefonu kontaktowego:

Lub

Nazwa uprawnionego organu/podmiotu/osoby fizycznej:

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

3. Zwracam się z prośbą o wydanie:

☐ kopii

☐ wyciągu

☐ odpisu

☐ wglądu w trakcie hospitalizacji/udzielania porady ambulatoryjnej

☐ wglądu***

dokumentacji medycznej sporządzonej w okresie od do

w Oddziale/Poradni** (proszę podać nazwę oddziału/poradni)

Zakres dokumentacji (np. historia choroby, wyniki badań, wypis, ...)

4. Do odbioru upoważniam:

Imię i Nazwisko:

PESEL/nazwa i nr dokumentu tożsamości:

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

*wypełnić w przypadku, gdy o udostępnienie dokumentacji zwraca się przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona (zgodnie z upoważnieniem znajdującym się w indywidualnej dokumentacji pacjenta) lub inny uprawniony organ lub podmiot

** niepotrzebne skreślić

***Pracownik Szpitala poinformuje Wnioskodawcę telefonicznie o proponowanym terminie wglądu w dokumentację medyczną. Wgląd w dokumentację medyczną odbywa się wyłącznie w SP ZOZ Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie w obecności uprawnionego pracownika.

CZĘŚĆ II**

1. ☐ zatwierdzam ☐ nie zatwierdzam

Uwagi:

.....
Data, pieczęć i podpis
Lekarza Naczelnego/Dyrektora

2. ☐ zatwierdzam ☐ nie zatwierdzam

Uwagi:

.....
Data, pieczęć i podpis Kierownika Oddziału/Działu

CZĘŚĆ III

Potwierdzam zgodność przygotowanej kopii dokumentacji medycznej z *Wnioskiem*.

Ilość stron:

Opłaty: ☐ zwolniony ☐ opłata za stron/y
podać ilość

.....
Czytelny podpis pracownika

CZĘŚĆ IV

Po sprawdzeniu:

- ✓ tożsamości odbierającego kopię/wyciąg/odpis dokumentacji medycznej
- ✓ dowodu uiszczenia opłaty za wykonaną usługę (nie dotyczy wydania po raz pierwszy)

Potwierdzam wydanie kopii/wyciągu/odpisu* dokumentacji medycznej:

Imię i Nazwisko:

Lub Nazwa uprawnionego organu lub podmiotu:

.....
PESEL/nazwa i nr dokumentu tożsamości:

Jaworzno, dnia

.....
Czytelny podpis pracownika

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

CZĘŚĆ V

Potwierdzam dokonanie wglądu w dokumentację medyczną w dniu:

przez

imię i nazwisko

Potwierdzam wykonanie zdjęć; liczba wykonanych zdjęć:

Zakres wykonanych zdjęć, notatek (np. strona, wynik badania, ...)

.....
Czytelny podpis pracownika Szpitala

*niepotrzebne skreślić

**nie dotyczy dokumentacji wytworzonej w Poradni Specjalistycznej, Dziale Diagnostyki Obrazowej, Nocnej Świątecznej Opiece Zdrowotnej, Karty informacyjnej z leczenia szpitalnego oraz wglądu w trakcie hospitalizacji/udzielania porady ambulatoryjnej