WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko ..... tel. .....

Adres .....

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

Imię i nazwisko ..... Data urodzenia/Nr PESEL

Adres ..... | | | | | | | | | | | |

WNIOSEK SKŁADA: ❑ pacjent ❑ przedstawiciel ustawowy pacjenta ❑ osoba upoważniona

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: ❑ wydanie wyciągu, odpisu ❑ inne

❑ do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego, ❑ przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją

❑ wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

❑ poprzez dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji na adres e-mail: .....

ZAKRES UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI

.....

rodzaj dokumentacji (nazwa oddziału, poradni i data pobytu)

.....

(np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, inna)

Dokumentacje medyczną odbiorę:

❑ osobiście ❑ upoważniam .....

Imię Nazwisko, nr dokumentu tożsamości

proszę przesłać na adres: .....

Dokumentacja w żądanym zakresie jest udostępniana pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy ❑ Tak ❑ Nie

Jestem w pełni świadomy tego, że podanie przeze mnie błędnego lub nieprawidłowego adresu e-mail, jak również nieprzestrzeganie przeze mnie środków bezpieczeństwa związanych z korzystaniem z adresu e-mail skutkowało będzie możliwością udostępnienia dokumentacji medycznej i informacji o stanie zdrowia z mojej winy nieuprawnionym osobom trzecim.

Oświadczam, że Poradnia Lekarzy Specjalistów KONSYLIUM nie ponosi odpowiedzialności za bezpieczeństwo serwera pocztowego, na którym znajduje się wskazany przeze mnie powyżej adres e-mail.

Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana i w pełni akceptuję fakt, że zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012r. poz. 159 z późn. zm.) za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób opisany w powyższych punktach, może być pobrana stosowna opłata. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Poradni Lekarzy Specjalistów KONSYLIUM oraz pokrycia kosztów przesyłki.

.....

data i podpis wnioskodawcy

POKWITOWANIE

Potwierdzam odbiór .....

(wyciągów, odpisów lub kopii oraz określenie ilości i rodzaju dokumentów)

z dokumentacji medycznej pacjenta .....

(imię i nazwisko pacjenta)

.....

(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....

(data i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)