

DANE WNIOSKODAWCY

imię i nazwisko

Pesel

nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

adres zamieszkania.....

nr telefonu.....

Ew. adres e-mail.....

**PRZYKŁADOWY WNIOSK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ/ ODPISU
KSIĄŻECZKI ZDROWIA DZIECKA***

Działając: w imieniu własnym lub jako: rodzic, inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy

opiekun prawny opiekun faktyczny osoba upoważniona wniosek ustny *

zwracam się z uprzejmą prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

.....
.....

(Imię i nazwisko, PESEL (w przypadku braku - data urodzenia) pacjenta, którego dokumentacja dotyczy)

Z leczenia szpitalnego / ambulatorium / badania obrazowe - np: RTG, USG) poprzez* :

Sporządzenie kserokopii dokumentacji.

Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem.

Wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie Szpitala.

Sporządzenie wyciągu** z dokumentacji medycznej.

Sporządzenie odpisów*** dokumentacji medycznej.

Wydanie oryginału dokumentacji medycznej, za pokwitowaniem, z zastrzeżeniem jej zwrotu

Sporządzenie kopii na informatycznym nośniku danych**** (w miarę możliwości organizacyjnych szpitala).

Kopię dokumentacji medycznej odbiorę:*

osobiście

upoważniam.....

(Imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

proszę przesłać na podany e-mail.....(w miarę możliwości organizacyjnych Szpitala

proszę przesłać na adres

za zwrotnym potwierdzeniem odbioru uwzględniając koszt wykonania kopii/odpisu/wypis/ wydruku/ na informatycznym nośniku danych oraz koszty przesyłki, zgodnie z obowiązującym cennikiem Poczty Polskiej (za potwierdzeniem odbioru, na koszt odbiorcy).

Załącznik nr 1 do Regulaminu Archiwum Dokumentacji Medycznej

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji zgodnie z Dz.U. z 2016r poz. 186 oraz z cennikiem aktualnie obowiązującym w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny SPZOZ, 02-544 Warszawa, ul. A.J. Madalińskiego 25

.....
(Data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(Data i podpis osoby wnioskującej)

Akceptacja wniosku/ Brak akceptacji*:

Data i podpis Lekarza Kierującego Oddziałem/ osoby upoważnionej.....

(Dotyczy dokumentacji bieżącej)

Data i podpis Kierownika DDMSiKzNFZ/ osoby upoważnionej.....

(Dotyczy dokumentacji archiwalnej)

W przypadku braku akceptacji wnioskodawca otrzymuje pisemne uzasadnienie odmowy:

.....
(Data i podpis osoby przygotowującej dokumentację)

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej

(Data i podpis)

*właściwe podkreślić lub zaznaczyć

** Wyciąg z oryginału dokumentacji, czyli przepisany fragment tekstu, „skrótowy tekst zawierający najważniejsze dane z większej całości”

*** Odpis - sporządzone dowolną techniką odwzorowanie oryginału dokumentacji. Odpis to kopia lub przepisany tekst oryginalnego dokumentu. („Dokumentacja medyczna” XYZ)

**** Informatyczny nośnik danych - materiał lub urządzenie służące do zapisywania, przechowywania i odczytywania danych w postaci cyfrowej (Art. 3 pkt. 1 ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne)