



Instrukcja: Udostępnianie dokumentacji medycznej i informacji medycznej

F-424-02-01-01

Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej
(wniosek dołączyć do Księgi wydanych dokumentacji medycznych)

Wydanie: V

Data: 15.04.2019

Strona: 1 z 2

Część A: Wypełnia osoba przyjmująca wniosek:			Pieczęć jedn./kom. przyjmującej wniosek			
Nr wniosku	Data przyjęcia	Czytelny podpis przyjmującego wniosek				
Forma złożenia wnioski (właściwie zaznaczyć znakiem „X”)			osobiście	telefoniczna	e- mailowa	poczta

Część B: Wypełnia wnioskodawca lub pracownik		
Osoba fizyczna	Uprawniony podmiot leczniczy	
Imię i nazwisko:	Nazwa i adres siedziby:	
Nr PESEL:		
Adres zamieszkania		
Tel. kontaktowy:	Tel. kontaktowy:	
Dokumentacja dotyczy (należy wypełnić tylko, gdy dokumentacja medyczna nie dotyczy wnioskodawcy)		
Imię i nazwisko:	Nr PESEL:	
Adres zamieszkania:		
Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu (nazwa jedn./kom. org. działalności podstawowej SZPZLO Warszawa – Ochota)		
Informacje dodatkowe*)		
Nazwa dokumentacji (właściwie zaznaczyć znakiem „X”)		
Historia zdrowia i choroby	Karta uodpornienia	Inna dokumentacja (jaka)
Forma udostępnienia (właściwie zaznaczyć znakiem „X”)		
Kopia	Wyciąg	Odpis
Oryginał za pokwitowaniem odbioru do innego podmiotu leczniczego**)	Oryginał za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu	Oryginał do wglądu w siedzibie przychodni
Dokumentację medyczną ((właściwie zaznaczyć znakiem „X”):		
Odbiorę osobiście	Odbierze osoba upoważniona, wskazana w dokumentacji medycznej	
Odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie dołączam do wniosku***)		
Przekazać do siedziby wskazanego podmiotu leczniczego		

*) wypełnia się w przypadku, gdy dokumentacja medyczna ma być: potwierdzona za zgodność z oryginałem, pełna, częściowa, z wynikami badań, itp.

**) dotyczy dokumentacji medycznej przekazywanej do innego podmiotu leczniczego w celu zachowania ciągłości leczenia

***) upoważnienie powinno zawierać imię i nazwisko, adres zamieszkania osoby upoważniającej i osoby upoważnionej, imię i nazwisko oraz datę urodzenia lub PESEL pacjenta, którego dokumentacja dotyczy, datę wystawienia upoważnienia i czytelny podpis osoby upoważniającej.



Instrukcja: Udostępnianie dokumentacji medycznej i informacji medycznej

F-424-02-01-01

Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej
(wniosek dołączyć do Księgi wydanych dokumentacji medycznych)

Wydanie:

V

Data:

15.04.2019

Strona:

2 z 2

Zostałem/lam poinformowany/na o wysokości opłat z tytułu wydania kopii/wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Część C: Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w formie *(właściwie zaznaczyć znakiem „X”)*

kopii

wyciągu

odpisu

Oryginału i zobowiązuję się do jego zwrotu w terminie do

(dzień – miesiąc – rok)

.....
(data i czytelny podpis pracownika przychodni)

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnić w przypadku przekazania dokumentacji do innego podmiotu

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w formie oryginału przekazanej w celu kontynuacji leczenia

Jednostka przekazująca

Jednostka odbierająca

.....
Data, czytelny podpis osoby upoważnionej

.....
Data, czytelny podpis osoby upoważnionej