

Wnoszący wniosek

Warszawa, dnia

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr tel.:e-mail:

**Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów
Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga-Północ**

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej w wersji papierowej
- wydanie kopii dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej na płycie CD/DVD
- wydanie kopii dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej, zaszyfrowanie i przesłanie na adres e-mail
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj i zakres dokumentacji medycznej:

- nazwa przychodni / poradni / pracowni:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:.....
- zaszyfrowaną formę elektroniczną proszę przesłać na adres e-mail (drukowane litery)
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - PESEL:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami¹.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

¹ Bezpłatne udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczy udostępnienia pierwszorazowego. W sytuacji wnioskowania po raz kolejny o ten sam zakres dokumentacji, SZPZLO pobiera opłatę zgodnie z art. 28 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(nazwa dokumentu)

.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację