



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII

KROK 1 (wypełnia wnioskodawca)

Imię i Nazwisko: Pesel:

Adres zamieszkania -
(Ulica / nr domu) (Miejscowość) (Kod pocztowy)

Telefon:

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

- Wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
 Wnioskodawca został upoważniony przez pacjenta

Proszę wypełnić tylko w przypadku, kiedy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja:

Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek:

Imię i Nazwisko: Pesel:

Adres zamieszkania -
(Ulica / nr domu) (Miejscowość) (Kod pocztowy)

Dokumentacja dotyczy leczenia:

(proszę podać nazwę Poradni/Oddziału/Pracowni oraz okres leczenia)

(nazwa Poradni/Oddziału/Pracowni) (okres leczenia)

Zakres dokumentacji medycznej: Historia choroby Karta informacyjna

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

Wyniki badań
(proszę wymienić)

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

- Do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego Wydanie wyciągu
 Wydanie kserokopii Wydanie odpisu
 Inne:

Sposób odbioru dokumentacji:

(proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce/ *- niepotrzebne skreślić)

- Dokumentację odbiorę osobiście* / przez osobę upoważnioną* w siedzibie podmiotu leczniczego
 Dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na deklarowany adres za pobraniem należności (obejmującym koszt kopii i koszty przesyłki wg stawek operatora pocztowego)
 Dokumentację proszę przesłać mi przesyłką międzynarodową (za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na deklarowany adres, po uprzednim wniesieniu opłaty za udostępnioną dokumentację medyczną na konto bankowe zakładu)
 Inny:

Oświadczenia:

Oświadczam, że otrzymane dokumenty będą* / nie będą* służyły do dalszego leczenia.

(* - niepotrzebne skreślić)

(data i podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 poz. 1638), oraz art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318).
(Dane wnioskodawcy zweryfikowano na podstawie dokumentu tożsamości).

(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

(data i podpis wnioskodawcy)

KROK 2 (wypełnia Dyrektor lub osoba przez niego upoważniona)

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej akceptuję* / nie akceptuję*

(data i podpis Dyrektora lub osoby
przez niego upoważnionej)

* - Niepotrzebne skreślić.

W przypadku odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej wymagana jest pisemna forma podania przyczyny odmowy.

KROK 3 (wypełnia pracownik Działu Obsługi Pacjenta i Ewidencji Świadczeń)

Na podstawie niniejszego wniosku sporządzono _____ stron kserokopii* / wyciągu* / odpisu* dokumentacji medycznej / informacji medycznej*.
(podać ilość)

* - Niepotrzebne skreślić.

(data i podpis pracownika Działu Obsługi
Pacjenta i Ewidencji Świadczeń)

KROK 4

Na podstawie obowiązującego cennika naliczono opłatę w wysokości _____ , ____ PLN za udostępnienie dokumentacji medycznej.
(podać dokładną kwotę)

Odstąpiono od naliczania opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej z tytułu:

_____ (wskazać podstawę prawną)

(data i podpis pracownika
Działu Księgowości)

Dotyczy odbioru w siedzibie podmiotu leczniczego

Pobrano opłatę w wysokości _____ , ____ PLN za _____ stron dokumentacji medycznej.
(podać dokładną kwotę) (podać ilość)

Nie dotyczy

Tożsamość osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji medycznej:

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

(seria)

(numer)

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Dotyczy wysyłki (krajowej)

Wysłano listem poleconym nr nadawczy _____ z dnia _____.

Pobrano opłatę w wysokości _____ , ____ PLN za dokumentację medyczną wraz kosztami przesyłki.
(podać dokładną kwotę)

Wystawiono fakturę nr _____ z dnia _____.

Zaksięgowano przelew nr _____ z dnia _____.

Dotyczy wysyłki (międzynarodowej)

Wysłano list/ paczkę nr nadawczy _____ z dnia _____.

Pobrano opłatę w wysokości _____ , ____ PLN za dokumentację medyczną wraz kosztami przesyłki.
(podać dokładną kwotę)

Wystawiono fakturę nr _____ z dnia _____.

Zaksięgowano przelew nr _____ z dnia _____.

Potwierdzam wysłanie dokumentacji medycznej
