

Chorzów, dnia.....

Do Dyrektora
SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich
w Chorzowie

Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko

.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Nr telefonu kontaktowego.....

2. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji (proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce):

Wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

Wnioskodawca został upoważniony przez pacjenta

Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

3. Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek (wypełnić, w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji z upoważnienia pacjenta lub jako przedstawiciel ustawowy):

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

4. Dokumentacja dotyczy leczenia (podać nazwę komórki organizacyjnej - Oddziału/Poradni oraz okres leczenia):

.....

5. Rodzaj dokumentacji medycznej

Historia choroby

Karta informacyjna

Wyniki badań

Inne

6. Wnioskuje o:

Wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie podmiotu leczniczego

Wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

Wydanie wyciągu dokumentacji medycznej

Wydanie odpisu dokumentacji medycznej

7. Sposób odbioru dokumentacji medycznej:

- Dokumentację odbiorę osobiście w siedzibie podmiotu leczniczego
- Dokumentację odbiorę przez osobę upoważnioną w siedzibie podmiotu leczniczego
- Dokumentację proszę przesłać listem poleconym

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

8. Oświadczenie:

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej w SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, rozumiem i akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

9. Wydanie dokumentacji medycznej (dotyczy odbioru w siedzibie podmiotu leczniczego)

Data wydania dokumentacji

Pobrano opłatę w wysokości PLN zastron dokumentacji medycznej

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
Podpis osoby wydającej dokumentację
medyczną

.....
Podpis wnioskodawcy / osoby
upoważnionej