

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z ZASTRZEŻENIEM ZWROTU*

Pacjent

Imię i nazwisko Pacjenta

Pesel

Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego ***

Telefon kontaktowy

Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości ze zdjęciem Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego **

Wnoszę w imieniu: własnym lub jako: rodzic opiekun prawny,

Wnoszę o udostępnienie oryginału dokumentacji medycznej* :

Rodzaj dokumentacji

- Całości dokumentacji medycznej
- Wybranej dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia / diagnostyki:

Szpital (kopia dokumentacji z pobytu w oddziale):

.....
nazwa oddziału

.....
zakres hospitalizacji (daty)

Poradnia specjalistyczna (kopia karty z poradni):

.....
nazwa poradni

.....
zakres wizyt (daty)

Diagnostyka:

.....
rodzaj badania

.....
data badania

Wnioskowana dokumentacja medyczna jest udostępniana do wglądu w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym w obecności udostępniającego dokumentację pracownika i w uzgodnionym terminie.

Sposób odbioru

- Dokumentacja: zostanie udostępniona osobie składającej wniosek,
 zostanie udostępniona osobie upoważnionej**** przez składającego wniosek.

Szpital poinformuje telefonicznie o proponowanym terminie odbioru dokumentacji medycznej.

.....
data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

Proponowany termin odbioru dokumentacji medycznej (wypełnia pracownik)

* pacjentom wyłącznie w uzasadnionych przypadkach

** zaznaczyć właściwie

*** dotyczy Pacjentów poniżej 18 r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych

**** brak przedłożenia upoważnienia uniemożliwi udostępnienie dokumentacji



Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu

w dniu r.

Odbiór

Udostępniono:

osobie składającej wniosek,

.....
Imię i nazwisko

.....
Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości

osobie upoważnionej przez składającego wniosek.

.....
Imię i nazwisko

.....
Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości

.....
data, pieczęć i podpis **osoby udostępniającej** dokumentację

.....
data i czytelny podpis **osoby, której udostępniono** dokumentację

Potwierdzenie zwrotu dokumentacji medycznej

Zwrot

Dokumentację medyczną zwrócono

.....
data i czytelny podpis **pracownika Archiwum Zakładowego**

Podstawa prawna:

Na podstawie art. 27 ust. 1 pkt 3 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta