

Kierownik NZOZ Rodzinna Przychodnia Lekarska w Dęblinie

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Tryb i koszt udostępniania dokumentacji medycznej wynika z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr.112 poz 654 z póź. zm.) oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2016r. Nr 1186 z póź. zm.)

TERMIN REALIZACJI WNIOSKU WYNOŚI DO 7 DNI ROBOCZYCH

1. Wnioskodawca:

Imię, Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL Nr telefonu kontaktowego.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy (właściwe podkreślić):

- wnioskodawcy;
- osoby, dla której wnioskodawca jest przedstawicielem ustawowym;
- osoby, która upoważniła wnioskodawcę (należy dołączyć upoważnienie).

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY

Imię, Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę poradni i okres leczenia):

.....

i przekazana zostanie (dane podmiotu, któremu będzie udostępniona dokumentacja medyczna np.

ZUS, KRUS, towarzystwo ubezpieczeń, prokuratura lub do celów własnych)

.....

4. Wnioskuje (właściwe podkreślić):

- o wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt 3 w obecności pracownika NZOZ RPL i możliwość sporządzenia notatek lub zdjęć z oryginałów dokumentacji ;

- o udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt 3 w postaci wyciągu / kopii/odpisu i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania wyciągu/kopii/odpisu dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem;

- poświadczenie wydanej dokumentacji za zgodność z oryginałem i pokrycie kosztów poświadczenia;

5. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii wraz z kosztami przesyłki poleconej za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.

Wyrażam zgodę na wystawienie rachunku bez podpisu.

6. Kopię dokumentacji (właściwe podkreślić): - odbiorę osobiście;

- proszę przesłać za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt 1. (Zobowiązuję się do pokrycia kosztów przesyłki).

- odbierze osoba upoważniona(imię i nazwisko):.....

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Wydano dnia.....

Panu/Pani.....

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

.....

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości zastron dokumentacji medycznej.

3. Wystawiono rachunekz dnia

.....

(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

4. Wysłano listem poleconym nr.....dnia.....

.....

(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)