



SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU
42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax 32 67-215-32 •
e-mail: szpital@szpitalzawiercie.pl • Regon 27621110, NIP 649-19-18-293
Certyfikat Jakości ISO 9001/2008, ISO 14001:2004, PN-N 18001:2004

Zawiercie, dnia.....

DYREKTOR

Szpitala Powiatowego w Zawierciu

WNIOSEK

O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko lub Nazwa podmiotu uprawnionego

.....

Adres zamieszkania/siedziby.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego.....

(W wypadku składnia wniosku przez podmioty uprawnione prosimy wpisać NIP w miejscu nr PESEL).

Dokumentacja medyczna dotyczy¹

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę, poradni, gabinetu i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniana)

.....

¹ Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia organu

3. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący – należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, historia zdrowia i choroby – w poradniach, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań- podać jakich,, inne)

.....
.....

4. Wnioskuje o (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu)

- Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem
- Wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 w siedzibie Szpitala.
- Sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej.
- Sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej.
- Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu(tylko dla uprawnionych podmiotów).

5. Dokumentacja wymienioną w pkt 4 (zaznaczyć „ x” we właściwym wierszu.)

- zostanie odebrana osobiście;
- proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1.

Biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo dokumentacji medycznej przesyłanej listem poleconym na mój adres.

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru przez upoważnionego pracownika:

.....
(Data)

.....
(Podpis)

Wydano:

.....

(data wydania dokumentu)

1. Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie :

.....nr

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokościzastron dokumentacji
medycznej.

3. Wystawiono fakturę nr..... z dnia.....

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

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

.....
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)