

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DLA OSÓB INDYWIDUALNYCH

Opole, dnia

Nr. Wniosku:

Dyrektor 116 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Opolu

Dane wnioskodawcy:

Pacjent		Wnioskodawca*	
Imię i Nazwisko:		Imię i Nazwisko:	
PESEL:		PESEL, nr dowodu osobistego:	
Nr telef:	Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej*: <input type="checkbox"/> w historii choroby; <input type="checkbox"/> Instytucje zgodnie z przepisami prawa		

Wnoszę o udostępnienie danych:

Okres za jaki dokumentacja ma być udostępniona:

Komórka organizacyjna/oddział/poradnia:

Forma dokumentacji:

<input type="checkbox"/> Kserokopia/skan dokumentacji medycznej	<input type="checkbox"/> Kopia badań na płycie CD/DVD
<input type="checkbox"/> Wyciąg/Odpis dokumentacji medycznej	<input type="checkbox"/> Inne:

Sposób odbioru/przesłania/przekazania:

<input type="checkbox"/> Odbiór osobisty	<input type="checkbox"/> Przesłanie środkami komunikacji elektronicznej: Adres e-mail:
<input type="checkbox"/> Przesłanie pocztą na adres:	

W przypadku przesłania dokumentacji medycznej pocztą opłatę znaczkową, ilość stron należy wpłacić na konto Szpitala: **BGK Oddział Opole nr 63 1130 1219 0026 3006 1820 0005**

Tytuł zapłaty: **przesłanie dokumentacji medycznej, imię nazwisko, adres.**Zgadzam się na pokrycie kosztów wykonania kserokopii/skanów według obowiązującego cennika.

.....
Podpis wnioskodawcy

Zgoda Dyrektora Szpitala:**Rozliczenie kosztów:**

Rodzaj czynności	Ilość stron/sztuk	Koszt
Kopie/skany		
Wyciąg/Odpis		
Płyta CD/DVD		

Opłata znaczkowa (koszt przesyłki poleconej):

Razem do zapłaty:

Podpis osoby naliczającej opłatę:

Potwierdzenie odbioru osobistego o dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem:**

Imię i nazwisko		Seria i nr dowodu osobistego	
Data:		Podpis:	

Informacje o przesłaniu dokumentacji pocztą lub środkami komunikacji elektronicznej lub inne uwagi dotyczące odbioru dokumentacji:

--

Podpis pracownika wydającego/przesyłającego dokumentację:

* Należy dołączyć upoważnienie od pacjenta do udostępnienia dokumentacji lub w przypadku przedstawiciela ustawowego, postanowienie sądu

** w przypadku niewypełnienia rubryki przez osobę odbierającą dokumentację medyczną, osoba wydająca dokumentację wpisuje informację o wydaniu dokumentacji do rąk osoby upoważnionej w rubryce „Informacje o (...)”