



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE WNIOSKODAWCY:

Imię (imiona) i nazwisko:
Adres zamieszkania:
Numer PESEL:

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY:

Imię (imiona) i nazwisko:
Adres zamieszkania:
Numer PESEL:

1. Rodzaj udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej

2. Wnioskuję o:

- wydanie oryginału w/w dokumentacji medycznej z zastrzeżeniem jej zwrotu w terminie do dnia
- wydanie kserokopii/odpisu/wyciągu* w/w dokumentacji medycznej i jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania tejże dokumentacji zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. 2016 r., poz. 1638) oraz cennikiem obowiązującym w Specjalistycznych Gabinetach Lekarskich DERMED Anna Kaszuba;
- wgląd w w/w/ dokumentację medyczną w siedzibie Specjalistycznych Gabinetów Lekarskich DERMED Anna Kaszuba.

3. Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę przesać za pośrednictwem Poczty Polskiej na adres
(obejmującym koszt sporządzenia kserokopii/odpisu/wyciągu* dokumentacji medycznej wraz z kosztami przesyłki wg stawek Poczty Polskiej)
- proszę przesać na adres e-mail (jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a* ryzyka, jakie niesie ze sobą przesyłanie informacji drogą elektroniczną)

.....
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić



POTWIERDZENIE WYDANIA I ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

4. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną sprawdzono na podstawie
seria i numer

5. Wnioskowana dokumentacja została:

- odebrana osobiście przez wnioskodawcę
 wysłana za pośrednictwem Poczty Polskiej dnia, numer nadawczy przesyłki
 wysłana za pośrednictwem programu pocztowego dnia

5. Pobrano opłatę w wysokości za stron dokumentacji medycznej.
Wystawiono paragon numer dnia
Wystawiono fakturę vat numer dnia

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

6. Oryginał udostępnionej dokumentacji medycznej zwrócono dnia/nie dotyczy*

.....
(podpis osoby zwracającej dokumentację)

.....
(podpis osoby przyjmującej dokumentację)

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. 2016 r., poz. 1638);
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016 r., poz. 186);
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 r., poz. 2069);
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t.: Dz. U. 2015 r., poz. 581);
5. Ustawa o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. 2016 r., poz. 922).

*niepotrzebne skreślić