

Imię i nazwisko: Cieszyn, dnia
osoby składającej wniosek

Adres:
kod pocztowy miejscowość ulica, nr

Nr telefonu

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
W ARCHIWUM ZAKŁADOWYM ZZOZ W CIESZYNIE**

Nazwa oddziału/poradni/pracowni:

Data pobytu:

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

OKREŚLENIE UMOCOWANIA DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

pacjent przedstawiciel ustawowy osoba upoważniona przez pacjenta

WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (należy wskazać formę udostępnienia dokumentacji medycznej):

.....
.....

RODZAJ I ZAKRES UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- Karta Informacyjna
 - okładka Historii Choroby z Kartą Informacyjną i statusami lekarskimi
 - kompletna dokumentacja medyczna (Historia Choroby)
 - wynik badania (określić rodzaj badania).....
 - inne.....
-

POTWIERDZENIE „ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM”: TAK NIE

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- osobiście (za okazaniem dokumentu tożsamości)
- przesyłka polecona
- odbiór przez inną osobę upoważnioną przez pacjenta (za okazaniem dokumentu tożsamości)

ODPŁATNOŚĆ:

Za udostępnianie dokumentacji medycznej w formie odpisu, wyciągu, kopii, wydruku lub na płycie CD pobierana jest opłata zgodnie z aktualnym Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, wydanym na podstawie art. 28 ust. 3 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2017r., poz. 1318 z późn. zm.).

Dokumentacja medyczna udostępniania jest w miejscu wskazanym przez podmiot leczniczy, w obecności osoby upoważnionej do udostępniania dokumentacji medycznej, której obowiązkiem jest zapewnienie nadzoru oraz odnotowanie informacji o zakresie udostępnionej dokumentacji na str. 2 *Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej*.

.....
data

.....
czytelny podpis osoby składającej wniosek

ZAKRES UDOSTĘPNIONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Należy podać rodzaj i strony udostępnionej dokumentacji medycznej:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data

.....
imię i nazwisko oraz podpis osoby udostępniającej i nadzorującej udostępnienie dokumentacji medycznej

POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Dokument tożsamości

.....
rodzaj dokumentu

.....
seria

.....
nr

.....
organ wydający dokument tożsamości

.....
data

.....
czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną