

Imię i nazwisko:
osoby składającej wniosek

Cieszyn, dnia

Adres:
kod pocztowy miejscowość ulica, nr

Nr telefonu

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W PORADNI SPECJALISTYCZNEJ/ PRACOWNI*
W poradni specjalistycznej/pracowni dokumentacja medyczna udostępniana jest wyłącznie przez sporządzenie jej kopii lub wydruku (sporządzenie wydruku dotyczy dokumentacji prowadzonej w wersji elektronicznej).
Inne formy udostępniania dokumentacji medycznej realizowane są przez Archiwum Zakładowe.

Nazwa poradni/pracowni*:

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 oraz przedział czasowy, którego dotyczy wniosek)

.....
.....

RODZAJ I ZAKRES UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

kompletną dokumentację medyczną (Historia Zdrowia i Choroby)
 wynik badania (określić rodzaj badania).....
 inne

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. Czynność ta nie może zakłócać organizacji pracy w poradni, ani naruszać praw innych pacjentów oraz powodować narażenie życia i zdrowia pacjentów.

.....
data

.....
czytelny podpis osoby składającej wniosek

*niepotrzebne skreślić

