



Instrukcja: Udostępnianie dokumentacji medycznej i informacji medycznej

F-424-02-01-01

**Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej**
(wniosek dołączyć do Księgi wydanych dokumentacji medycznych)

Wydanie:	V
Data:	15.04.2019
Strona:	1 z 2

Część A: Wypełnia osoba przyjmująca wniosek:				Pieczęć jedn./kom. przyjmującej wniosek			
Nr wniosku	Data przyjęcia	Czytelny podpis przyjmującego wniosek					
Forma przyjęcia wnioski (właściwie zaznaczyć znakiem „X”)		<input type="checkbox"/>	ustna	<input type="checkbox"/>	telefoniczna	<input type="checkbox"/>	e- mailowa

Część B: Wypełnia wnioskodawca lub pracownik					
Osoba fizyczna	Uprawniony podmiot leczniczy				
Imię i nazwisko:	Nazwa i adres siedziby:				
Nr PESEL:					
Adres zamieszkania					
Tel. kontaktowy:	Tel. kontaktowy:				
Dokumentacja dotyczy (należy wypełnić tylko, gdy dokumentacja medyczna nie dotyczy wnioskodawcy)					
Imię i nazwisko:	Nr PESEL:				
Adres zamieszkania:					
Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu (nazwa jedn./kom. org. działalności podstawowej SZPZLO Warszawa – Ochota) (nazwa poradni) (zakres dat)					
Informacje dodatkowe*)					
Nazwa dokumentacji (właściwie zaznaczyć znakiem „X”)					
<input type="checkbox"/>	Historia zdrowia i choroby	<input type="checkbox"/>	Karta uodpornienia	<input type="checkbox"/>	Inna dokumentacja (jaka)
Forma udostępnienia (właściwie zaznaczyć znakiem „X”)					
<input type="checkbox"/>	Kopia	<input type="checkbox"/>	Wyciąg	<input type="checkbox"/>	Odpis
<input type="checkbox"/>	Oryginał za pokwitowaniem odbioru do innego podmiotu leczniczego**)	<input type="checkbox"/>	Oryginał do wglądu w siedzibie przychodni		
Dokumentację medyczną ((właściwie zaznaczyć znakiem „X”):					
<input type="checkbox"/>	Odbiorę osobiście	<input type="checkbox"/>	Odbierze osoba upoważniona, wskazana w dokumentacji medycznej		
<input type="checkbox"/>	Odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie dołączam do wniosku***)				
<input type="checkbox"/>	Przekazać do siedziby wskazanego podmiotu leczniczego				

*) wypełnia się w przypadku, gdy dokumentacja medyczna ma być: potwierdzona za zgodność z oryginałem, pełna, częściowa, z wynikami badań, itp.

**) dotyczy karty uodpornienia,

***) upoważnienie powinno zawierać dane osobowe i adres zamieszkania osoby upoważniającej, osoby upoważnionej, imię i nazwisko oraz datę urodzenia lub PESEL pacjenta, którego dokumentacja dotyczy, datę wystawienia upoważnienia i czytelny podpis osoby upoważniającej.



Instrukcja: Udostępnianie dokumentacji medycznej i informacji medycznej

F-424-02-01-01

**Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej**
(wniosek dołączyć do Księgi wydanych dokumentacji medycznych)

Wydanie:	V
Data:	15.04.2019
Strona:	2 z 2

Zostałem/łam poinformowany/na o zasadach udostępniania dokumentacji medycznej oraz o wysokości ewentualnych opłat z wysokości opłat z tytułu wydania kopii/wyciągu/odpisu.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Część C: Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w formie (właściwe zaznaczyć znakiem „X”)

kopii

wyciągu

odpisu

.....
(data i czytelny podpis pracownika przychodni)

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)