



nr/.....f.....

Załącznik nr 1 Instrukcji Udostępniania Informacji i Dokumentacji Medycznej, wydanie IV/2019

Wniosek
o udostępnienie odpisu, wyciągu, kopii, wydruku, skanu dokumentacji medycznej
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko PESEL lub data urodzenia

Adres zamieszkania.....

Tel. kontaktowy....., adres poczty elektronicznej.....

***2. Dokumentacja dotyczy:**

Imię i Nazwisko PESEL lub data urodzenia

Adres zamieszkania

**Należy wypełnić jeżeli dokumentacja nie dotyczy wnioskodawcy*

3. Dokumentacja dotyczy udzielonych świadczeń w okresie:.....

(zaznaczyć znak X we właściwej rubryce)

Dokumentacja ambulatoryjna (poradnie) Dokumentacja szpitalna (hospitalizacje)

4. Rodzaj dokumentacji medycznej: Historia choroby, Karta informacyjna, Opis badania RTG/TK,
 Płytką CD, Wypożyczenie oryginału zdjęcia RTG/TK, Wyniki badań laboratoryjnych,
 Inne:

5. Wnioskuję:

- o udostępnienie odpisu, wyciągu, kopii, wydruku lub skanu na informatycznym nośniku danych (płyta CD) dokumentacji medycznej określonej w pkt 4*
- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt 4
- o wysłanie na adres wskazany w pkt 1
- o udostępnienie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

i zobowiązuję się do pokrycia kosztów związanych z przygotowaniem dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym cennikiem, ustalonym na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

6. Dokumentacje wymienioną w pkt 4 odbiorę:

osobiście TAK NIE

(kserokopia dokumentacji medycznej możliwa jest do odebrania w siedzibie tutejszego Szpitala w godzinach: 7:30 – 14:30 po uiszczeniu kosztów wykonania kopii dokumentacji w dniu odbioru w kasie Szpitala)

.....
data/ podpis wydającego

.....
Podpis wnioskodawcy/odbierającego

*** (zaznaczyć znak X we właściwej rubryce i podkreślić jeden ze sposobów udostępnienia: odpis, wyciąg, kopia, wydruk lub skan)**

