

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(w przypadku gdy wnioskodawcą jest przedstawiciel ustawowy
lub osoba upoważniona)

.....
Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Olsztynie

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci oryginału/odpisu/kopii/wyciągu*
historii choroby Pacjenta :

.....
(imię, nazwisko, pesel i adres)

Leczonego w :

- Poradni Specjalistycznej
(nazwa)
- Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej
- Pracowni Diagnostycznej
(nazwa)
- Rehabilitacji
- Klinice/ Oddziale Klinikowym / Oddziale
(nazwa)
- Izbie Przyjęć
- Inne
Podać jakie

Moje uprawnienia do wglądu w dokumentację medyczną wynikają z :

.....
(wpisać nazwę dokumentu o ile znajduje się w historii choroby lub załączyć kopię)

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, proszę o wystawienie:

- Paragonu
- Faktury
(dane do faktury)

Olsztyn, dnia

.....
Czytelny podpis

* niewłaściwe skreślić.

Opłaty nie pobiera się:

- od organów rentowych w sprawach świadczeń z ubezpieczeń społecznych,
- w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Wypełnia upoważniony pracownik

Na podstawie potwierdzono dane personalne pacjenta.
/Nr i seria dowodu tożsamości/

Olsztyn, dnia

.....
Czytelny podpis pracownika

Poświadczenie przekazania dokumentacji medycznej

Dokumentację medyczną w formie kopii / odpisu / wyciągu / **oryginału*** wskazaną we wniosku,
przekazano/ wysłano* :

.....
.....

(Dane osoby odbierającej dokumenty, lub adres na jaki wysłano dokumentację)

.....
Data i podpis upoważnionego
Pracownika

Otrzymałem dokumentację medyczną w formie kopii / odpisu / wyciągu.

.....
Data i czytelny podpis

Otrzymałem oryginał dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do jej zwrotu po wykorzystaniu.

.....
Data i czytelny podpis

* niewłaściwe skreślić