

WNIOSEK

O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WYPEŁNIA PACJENT LUB JEGO PRZEDSTAWICIEL

1. DANE PACJENTA

IMIĘ	NAZWISKO	IDENTYFIKATOR (PESEL LUB NR I SERIA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI)
ULICA I NR	KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ
NR TELEFONU		ADRES E-MAIL

CZY OSOBA SKŁADA WNIOSEK WE WŁASNYM IMIENIU

TAK NIE

JEŻELI WYBRANO ODPOWIEDŹ „NIE” PROSZĘ PODAĆ DANE WNIOSKODAWCY

IMIĘ	NAZWISKO	IDENTYFIKATOR (PESEL LUB NR I SERIA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI)
NR TELEFONU		ADRES E-MAIL

2. WNOSKIJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W FORMIE

ZAKRES DOKUMENTACJI	FORMA UDOSTĘPNIENIA
<input type="checkbox"/> W CAŁOŚCI	<input type="checkbox"/> KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ <input type="checkbox"/> W FORMIE PAPIEROWEJ <input type="checkbox"/> W FORMIE ELEKTRONICZNEJ
<input type="checkbox"/> Z PORADNI	<input type="checkbox"/> ODPISU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
UWAGI (np. okres leczenia)	<input type="checkbox"/> WYCIĄGU Z DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
	<input type="checkbox"/> DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NA INFORMATYCZNYM NOŚNIKU DANYCH (DOT. BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH)
	<input type="checkbox"/> DO WGLĄDU LUB WYKONANIA FOTOGRAFII

3. FORMA ODBIORU DOKUMENTACJI

<input type="checkbox"/> ZOSTANIE ODEBRANA OSOBIŚCIE, PŁATNOŚĆ PRZY ODBIORZE		
<input type="checkbox"/> PROSZĘ WYDAĆ OSOBIE UPOWAŻNIONEJ, PŁATNOŚĆ PRZY ODBIORZE		
IMIĘ	NAZWISKO	IDENTYFIKATOR (PESEL LUB NR I SERIA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI)
<input type="checkbox"/> PROSZĘ O PRZESŁANIE NA MÓJ KOSZT ZA ZWROTNYM POTWIERDZENIEM ODBIORU NA ADRES JAK W PKT 1. UWZGLĘDNIAJĄC KOSZT WYKONANIA KOPII / ODPISU / WYPISU / WYDRUKU / INFORMATYCZNEGO NOŚNIKA DANYCH ORAZ KOSZTY PRZESYŁKI, ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYM CENNIKIEM POCZTY POLSKIEJ (ZA POTWIERDZENIEM ODBIORU, NA KOSZT ODBIORCY)		

4. WNIOSKUJĘ O WYSTAWIENIE FAKTURY:

TAK (NAZWA, ADRES, NIP)

NIE

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO POKRYCIA KOSZTÓW WYKONANIA KOPII, WYCIĄGU, ODPISU, WYDRUKU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I/ LUB NOŚNIKA DANYCH ZGODNIE Z CENNIKIEM OBOWIĄZUJĄCYM W ZAKŁADZIE ORAZ JEŚLI DOTYCZY, DO POKRYCIA KOSZTÓW PRZESYŁKI POCZTOWEJ ZGODNIE Z CENNIKIEM POCZTY POLSKIEJ, A TAKŻE, JEŚLI DOTYCZY DO PRZEDŁOŻENIA UPOWAŻNIENIA DLA OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU DOKUMENTACJI*.

WYRAŻAM ZGODĘ NA WYSTAWIENIE FAKTURY BEZ PODPISU*.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE PODANE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ*.

OŚWIADCZAM, ŻE MIAŁEM MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA FOTOGRAFII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*.

OŚWIADCZAM, IŻ ZOSTAŁEM/AM POINFORMOWANY O WYSOKOŚCI OPŁAT ZA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*.

OŚWIADCZAM, ŻE W PRZYPADKU NIE ODEBRANIA ZLECONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W TERMINIE 14 DNI OD POWIADOMIENIA O PRZYGOTOWANIU DOKUMENTÓW, ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO POKRYCIA KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ WNIOSKU*.

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

PODPIS
(PACJENTA LUB WNIOSKODAWCY)

* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

WYPEŁNIA SPG ZOZ W NADARZYNIE

5. PRACOWNIK UDOSTĘPNIAJĄCY DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ

STANOWISKO	IMIĘ I NAZWISKO
DATA PRZYGOTOWANIA	PODPIS
NALICZONO OPŁATĘ W WYSOKOŚCI	ZŁ
DATA UDOSTĘPNIENIA	PODPIS

WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA DOKUMENTACJĘ

6. POTWIERDZENIE ODBIORU WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

PODPIS
(PACJENTA LUB OSOBY
UPOWAŻNIONEJ)