

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Szczecin, dnia

Adres zamieszkania

.....

Nr PESEL/data ur.

Nr telefonu kontaktowego

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie
ul. Mączna 4
70-780 Szczecin

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej, która dotyczy:

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

.....

Nr PESEL/data ur

z oddziału/poradni*) z okresu

Proszę o wydanie kserokopii historii choroby/karty informacyjnej/wydruk zdjęć RTG/płyta DVD z badaniem KTG/wypożyczenie oryginału zdjęcia RTG/inne*)

Dokumentacja potrzebna jest mi w celu

.....

Uprzedzony o odpowiedzialności na podstawie art. 233 kodeksu karnego oświadczam, iż zostałem upoważniony przez wskazanego powyżej pacjenta/pacjentkę do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby oraz uzyskiwania z niej odpisów, wypisów i kopii w przypadku jego zgonu. Pisemne upoważnienie dołączam do wniosku.

Za wykonanie odpisu, wyciągu lub kopii dokumentacji pobierana jest opłata zgodnie z aktualnie obowiązującą podstawą prawną - art. 18 ust.4b oraz ust.4e ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (tekst jednolity: Dz. U. 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.).Zostałem/łam poinformowany/a o wysokości opłat związanych z wydaniem dokumentacji.

W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.

.....
data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

*) właściwe podkreślić