

Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”
ul. Rzgowska 281 /289,
93-338 Łódź

..... ,

(miejscowość)

(data)

WNIOSEK O WYDANIE KOPII LUB UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane Wnioskodawcy									
Nazwisko:									
Imię:		PESEL:							
Adres zamieszkania:						Telefon kontaktowy:			
						Adres e-mail:			
Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej mojego leczenia / leczenia dziecka* w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki”, którego jestem przedstawicielem ustawowym/osobą upoważnioną/ osobą bliską – w przypadkach dokumentacji udostępnianej po śmierci*: <i>* niepotrzebne skreślić</i>									
Dane Pacjenta									
Nazwisko:					Imię				
PESEL:									
Adres zamieszkania :					Telefon kontaktowy:				
Dokumentacja medyczna									
Wnoszę o:	<input type="checkbox"/> wydanie kserokopii dokumentacji medycznej <input type="checkbox"/> udostępnienie dokumentacji w innej formie (np. do wglądu, wyciąg, odpis) <input type="checkbox"/> wydania kopii wyników badań obrazowych na płycie CD								
Zakres dokumentacji medycznej:	Rodzaj dokumentacji* (porada, hospitalizacja, wynik badania):								
	Leczenie w* (klinika/poradnia):								
	Okres (data wizyty, data badania, termin hospitalizacji):								
Dokumentację medyczną:	<input type="checkbox"/> odbiorę osobiście								
	<input type="checkbox"/> odbierze upoważniona osoba								
	Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/Panalegitymującego się nr.....								
	<input type="checkbox"/> proszę przesłać na adres zamieszkania: <input type="checkbox"/> proszę przesłać na inny, wskazany niżej adres:								
Dodatkowe uwagi:									
<i>Podstawa prawna: art. 26, 27 i 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069)</i> Uwaga: Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje bez zbędnej zwłoki. Czas realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej ustalany jest indywidualnie i zależy od obszerności dokumentacji medycznej oraz jej dostępności w Dziale Sprzedaży Usług Medycznych i Statystyki Zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów: wykonania kserokopii oraz wysyłki dokumentacji medycznej za pobraniem pocztowym (jeśli dotyczy)..... data i czytelny podpis Wnioskodawcy									
Ilość skopiowanych stron: (wypełnia Pracownik Działu Sprzedaży Usług Medycznych i Statystyki)					jednostronnie dwustronnie				
Dokumentację do wglądu udostępniono dnia:									
..... (czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację)				 (czytelny podpis osoby, której udostępniono dokumentację)				

WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
(data wydania dokumentacji)

1. Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

.....
Imię i nazwisko (nr dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości zł, w dniu

3. Wystawiono fakturę nr, z dnia

4. Wysłano listem poleconym nr nadawczy w dniu

Pracownik wydający dokumentację medyczną

.....
(data i czytelny podpis)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

.....
(data i czytelny podpis)