


| | | |
|--|--|---|
|  SZPITAL PSYCHIATRYCZNY W WĘGORZEWIE | | Strona 35 z 50 |
| | | Wydanie III z dnia 29.05.2024 r. |
| Księga | Księga postępowanie z dokumentacją medyczną | KS-ZI-01 |

Załącznik nr 1 do Instrukcji
„Udostępnianie dokumentacji medycznej” KS- ZI-01-3

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Adres e-mail*:

* adres ten podajemy w przypadku wnioskowania o przestanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

* wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca występuje o udostępnienie dokumentacji z upoważnienia pacjenta lub jako przedstawiciel ustawowy

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

a) nazwa oddziału / poradni

b) okres leczenia


Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres
- proszę wysłać za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
- odbierze osoba upoważniona:

a) imię i nazwisko

b) nr dowodu osobistego



| | | |
|--|--|---|
|  SZPITAL PSYCHIATRYCZNY W WĘGORZEWIE | | Strona 36 z 50 |
| | | Wydanie III z dnia 29.05.2024 r. |
| Księga | Księga postępowanie z dokumentacją medyczną | KS-ZI-01 |

Oświadczam, iż:

- 1) Zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującym cennikiem w Szpitalu Psychiatrycznym SP ZOZ w Węgorzewie.
- 2) Pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą).
- 3) W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.
- 4) Żądając wydania dokumentacji medycznej za pośrednictwem poczty, jestem świadomy zagrożeń wysyłania dokumentacji medycznej oraz biorę pełną odpowiedzialność za obieg i bezpieczeństwo udostępnionej dokumentacji.
- 5) Żądając wydania dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, jestem świadomy zagrożeń przesyłania danych drogą elektroniczną oraz biorę pełną odpowiedzialność za obieg i bezpieczeństwo udostępnionych danych w sieci.

W przypadku wysłania dokumentacji za pośrednictwem poczty, będzie to przesyłka pobraniowa, którą należy opłacić przy odbiorze.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Wydanie dokumentacji medycznej

Data wydania kserokopii dokumentacji

Pobrano opłatę w wysokości Liczba stron

.....
czytelny podpis osoby upoważnionej
do udostępniania dokumentacji medycznej

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

