



Silesia-Med Sp. z o.o.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Silesia-Med" Sp. z o. o.
43-227 Miedźna, Grzawa, ul. Zielonkówka 3
woj. śląskie, tel. 32 211-62-97, fax 32 211-60-00
Regon: 273545989-00042, NIP: 638-14-03-576
Kod res. cz. I: 000000013179
numer umowy z NFZ : 122/200424/03/1/2012

Grzawa, dnia r.

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Wnioskujący:

Pacjent , Przedstawiciel ustawowy pacjenta * , Osoba upoważniona przez pacjenta ,
Podmiot udzielający świadczeń medycznych

Dane wnioskującego:

Imię, Nazwisko

Adres:

PESEL:

Lub pieczętka placówki medycznej/oddziału:

Wnioskuje o wydanie dokumentacji medycznej

Pacjenta PESEL

Oryginał Kopia Odpis

Dokumentacji leczenia szpitalnego dotyczącej hospitalizacji w okresie:

Pełnej dokumentacji medycznej.....

Części historii choroby

Dokumentacji ambulatoryjnej Poradni

(nazwa poradni ambulatoryjnej)

Inne:

Wyrażam zgodę na wysłanie dokumentacji medycznej na adres:

.....

Zobowiązuję się zwrócić na swój koszt w/w oryginał dokumentacji medycznej niezwłocznie po jej wykorzystaniu

Dane osoby odbierającej dokumentację:

Imię, Nazwisko

Adres

Nr i seria dowodu osobistego, lub dokumentu ze zdjęciem osoby odbierającej

.....
Data i podpis wnioskującego

*Przedstawiciel ustawowy pacjenta –właściwie proszę zaznaczyć „x”

Opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie

Każdy z rodziców dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską.

Kurator, o ile wynika to z postanowienia sądu, który ustanowił kuratelę

Opiekun prawny dziecka pozostającego pod jego opieką –art.155§1-2 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego

Wypełnia pracownik placówki medycznej wydający dokumentację medyczną:

Wydano: Oryginał , Kopia , Odpis , Inne

*właściwie- wpisać “x”

- Wydano dokumentację medyczną zgodnie z upoważnieniem pacjenta z dnia
- Nie wydano dokumentacji medycznej:
-
(podać przyczynę odmowy wydania dokumentacji)

Wydana dokumentacja medyczna zawierała:

- Stron
- Płyty CD
- Inne

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację od pracownika

.....
data i podpis pracownika

Zwrot dokumentacji medycznej* W przypadku wydania oryginału dokumentu

Dokumentacja medyczna została zwrócona w dniu

- Zwrot kompletnej dokumentacji medycznej
- Zwrot niekompletnej dokumentacji medycznej:

.....
Spis brakującej dokumentacji

Uwagi:

.....

.....
Data i czytelny podpis zwracającego

.....
Data i czytelny podpis pracownika

Szczegółowe zasady udostępniania dokumentacji medycznej regulują art. 23-30 Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (DZ.U. 2012 poz.159)