

EUM-A-513/...../.....

Kraków, dnia 8.02.16r.
miejsowość data

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZECHOWYWANEJ W UNIWERSYTECKIM SZPITALU DZIECIĘCYM W KRAKOWIE

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ																		
Imię, Nazwisko	Anna Narzywańska					Stopień pokrewieństwa	Matka											
Rodzaj, seria i nr dowodu tożsamości	Dow. osob. LC 321470 <small>(dowód osobisty, paszport, prawo jazdy)</small>					Nr telefonu	33100000											
DANE OSOBOWE PACJENTA																		
Imię, Nazwisko	Jan Narzywański																	
PESEL	0	0	1	0	5	4	3	2	1	0	0	Nr dokum. medycznej	2	5	6	3	1	1
Adres zamieszkania	Ulica/osiedle	ul. Słoneczna					Nr domu	1		Nr mieszkania	2							
	Kod pocztowy	30-200			Miejscowość	Knapkownice												


PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:				
W celu (np. dalszego leczenia, na komisję lekarską, własnym)		Komisja lekarska		
Z leczenia szpitalnego (pobyty w oddziale) Historia Choroby	za okres od - do	XII 2015 I 2016	W części (np. wpisów lekarskich, karty informacyjnej, wyników badań) lub w całości	wpisz lekarskie, karte infonu.
Z leczenia ambulatoryjnego (porady) Karta ambulatoryjna	za okres od - do	XII 2015	W części (np. wpisów do kart ambulatoryjnych, wyników badań) lub w całości	Poradnia Kardiologiczna - całość
Inne (wymienić jeśli dotyczy)				

DODATKOWE INFORMACJE O PACJENCIE:		
Czy pacjent aktualnie jest leczony w oddziale szpitalnym	TAK <input checked="" type="radio"/> NIE <input type="radio"/> <small>(właściwie zakreślić)</small>	Jeśli tak, wymagana jest zgoda lekarza prowadzącego na czasowe udostępnienie dokumentacji medycznej. <small>(podpis i pieczęć lekarza)</small>

PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W NASTĘPUJĄCEJ FORMIE:		
Kopii (potwierdzonej za zgodność z oryginałem)	TAK <input checked="" type="radio"/> NIE <input type="radio"/> <small>(właściwie zakreślić)</small>	Oświadczam, że zapoznałam/em się z aktualnym cennikiem wykonania kopii, odpisu, wyciągu i zapisu na nośniku elektronicznym dokumentacji medycznej. (Art. 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U.2009, Nr 52 poz. 417 z późn. zm.). i zobowiązuję się do pokrycia kosztów w całości.
Odpisu, wyciągu, zapisu elektronicznego CD (np. bad. obrazowe), inne.....	TAK <input checked="" type="radio"/> NIE <input type="radio"/> <small>(właściwie zakreślić)</small>	
Do wglądu	TAK <input checked="" type="radio"/> NIE <input type="radio"/> <small>(właściwie zakreślić)</small>	

SPOSÓB ODBIORU ZAMÓWIONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:	
Odbiorę osobiście <input checked="" type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE <small>(właściwie zakreślić)</small>	<p style="text-align: center;">Proszę o przesłanie pocztą na ww. adres zamieszkania pacjenta</p> <p>Oświadczam, że zapoznałam/em się z kosztem przesyłki pocztowej, w tym z cennikiem Poczty Polskiej S.A. w zakresie tzw. „przesyłek pobraniowych” i zobowiązuję się do pokrycia kosztów w całości.</p> <p style="text-align: center;">TAK <input type="radio"/> NIE <input type="radio"/> <small>(właściwie zakreślić)</small></p>
Upoważniam do odbioru <input type="radio"/> TAK <input checked="" type="radio"/> NIE <small>(właściwie zakreślić)</small>	Pana/Panią (imię, nazwisko) Legitymującego się: seria, nr <small>(wpisać dowód osobisty, paszport, prawo jazdy)</small>

Data wpływu wniosku	Data odbioru dokum. med.
Podpis pracownika przyjmującego i weryfikującego wniosek	


 czytelny podpis osoby składającej wniosek