

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

....., dnia
miejsowość data**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*****I. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ**

Imię, Nazwisko		Działając jako -zakreśl <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> opiekun prawny* <input type="checkbox"/> osoba bliska *załączam dokument poświadczający	<input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> osoba upoważniona*
Rodzaj, seria i nr dowodu tożsamości	(dowód osobisty, paszport, prawo jazdy)	Nr telefonu		

II. DANE OSOBOWE PACJENTA

Imię, Nazwisko				
PESEL		Nr pacjenta (dokum. med.)		
Adres zamieszkania				
Ulica		Nr domu		Nr mieszkania
Kod pocztowy		Miejscowość		

III. DOTYCZY UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (właściwie zakreślić):

Z leczenia w Oddziale (Historia Choroby)	w okresie od - do	<input type="checkbox"/> karta informacyjna z leczenia szpitalnego <input type="checkbox"/> wpisy lekarskie z przebiegu leczenia <input type="checkbox"/> protokoły zabiegów, operacji (jeśli dotyczy) <input type="checkbox"/> wyniki badań (jakie) <input type="checkbox"/> inne (jakie)
Z leczenia w Poradni (Karta ambulatoryjna)	w okresie od - do	<input type="checkbox"/> wpisy lekarskie <input type="checkbox"/> wyniki badań (jakie) <input type="checkbox"/> inne (jakie)
Pozostałe	<input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> Karta zabiegów fizjoterapeutycznych <input type="checkbox"/> inne (jakie)	

IV. FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (właściwie zakreślić):

<input type="checkbox"/> kopia <input type="checkbox"/> zapis CD (badania obrazowe)	<input type="checkbox"/> do wglądu, <input type="checkbox"/> inna (wykonanie zdjęć, notatek, odpis, wyciąg, wydruk)
Wnioskuje o taką dokumentację	po raz pierwszy <input type="checkbox"/> po raz kolejny <input type="checkbox"/> w celu kontynuacji leczenia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (oświadczenie dla celów VAT**)

V. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

<input type="checkbox"/> osobiście, <input type="checkbox"/> upoważniam do odbioru (imię, nazwisko) rodzaj, seria, nr dokumentu tożsamości
<input type="checkbox"/> przesłać Poczta Polska S.A. na mój koszt (płatność przy odbiorze) na adres:.....

VI. DODATKOWE INFORMACJE O PACJENCIE I OŚWIADCZENIA (właściwie zakreślić):

Czy pacjent aktualnie przebywa w oddziale szpitalnym?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	Jeśli tak, lekarz prowadzący potwierdza możliwość czasowego udostępnienia dokumentacji medycznej.	podpis i pieczęć lekarza
---	--	---	--------------------------

Oświadczam, że:

- jestem osobą uprawnioną do otrzymania ww. dokumentacji medycznej,
- zapoznałam/em się z cennikiem udostępnienia dokumentacji medycznej (jeśli dotyczy) oraz cennikiem wysłania dokumentacji (jeśli dotyczy) i zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych w całości.

Data wpływu wniosku	Podpis pracownika czytelny podpis osoby składającej wniosek
---------------------	-------------------	--

Podstawa prawna: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn. 6 listopada 2008 r. (Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417 z późn. zm.)

** Ustawa o podatku od towarów i usług z dn. 11 marca 2004 r. (Dz. U. Nr 54, poz. 535 z późn. zm.), Art. 43, ust. 1, pkt. 18.