

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



Przychodnia i Diagnostyka ICZMP
ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź
Diagnostyka-03
Zakład Diagnostyki Obrazowej – 641
tel. 42 271-15-75/71

WNIOSEK O WYDANIE OPISU BADANIA RADIOLOGICZNEGO POCZTĄ ELEKTRONICZNĄ
PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE WNIOSKODAWCY

NAZWISKO														
IMIĘ					PESEL									
ADRES ZAMIESZKANIA					TELEFON									
					E-MAIL									

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej mojego badania/ badania dziecka* w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki”, którego jestem przedstawicielem ustawowym/ osobą upoważnioną* :

*niepotrzebne skreślić

Jeżeli DANE WNIOSKODAWCY są tożsame z DANymi PACJENTA proszę wypełnić tylko część DANE WNIOSKODAWCY

DANE PACJENTA

NAZWISKO														
IMIĘ					PESEL									
ADRES ZAMIESZKANIA					TELEFON									

DOKUMENTACJA MEDYCZNA – OPIS BADANIA DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

Wnioskuje o wynik badania obrazowego:

(rodzaj badania należy wybrać stawiając krzyżyk przy odpowiedniej nazwie)

Rodzaj badania:	<input type="checkbox"/>	RTG, zdjęcie rentgenowskie	<input type="checkbox"/>	USG, ultrasonografia	<input type="checkbox"/>	TK, tomografia komputerowa	<input type="checkbox"/>	RM, rezonans magnetyczny	<input type="checkbox"/>	MG, mammografia
------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------

Data badania

Wynik, o który wnioskuje proszę przesłać na adres e-mail:.....

Oświadczam, iż wniosek o wydanie wyniku tego badania składam po raz pierwszy i wcześniej nie został on przeze mnie odebrany w formie papierowej i/lub elektronicznej.

DODATKOWE INFORMACJE OD WNIOSKODAWCY

Podstawa prawna: art. 26, 27 i 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (T.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, 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

INFORMACJA O REALIZACJI WNIOSKU

Wniosek należy wystać na adres e-mail: zdo@iczmp.edu.pl lub złożyć w Rejestracji ZDO

Czas realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej - wyniku badania diagnostyki obrazowej w formie pisemnej ustalany jest indywidualnie i zależy od obszerności dokumentacji medycznej oraz jej dostępności w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.

Dokumentacja medyczna- wynik badania diagnostyki obrazowej w formie pisemnej wydawana pocztą elektroniczną jest bezpłatna.

PONIŻSZE POLE WYPEŁNIA OSOBA UDOSTĘPNIAJĄCA DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ

DOKUMENTACJĘ UDOSTĘPNIŁ/A

Czytelny podpis wnioskodawcy

Czytelny podpis, osoby udostępniającej dokumentację