

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

..... /
(miejscowość) (data)

WNIOSK O WYDANIE KOPII LUB UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane Wnioskodawcy											
Nazwisko:											
Imię:			PESEL:								
Adres zamieszkania:						Telefon kontaktowy:					
						Adres e-mail:					
Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej mojego leczenia / leczenia dziecka* w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki”, którego jestem przedstawicielem ustawowym/osobą upoważnioną/ osobą bliską – w przypadkach dokumentacji udostępnianej po śmierci*: <i>* niepotrzebne skreślić</i>											
Dane Pacjenta											
Nazwisko:					Imię						
PESEL:											
Adres zamieszkania :						Telefon kontaktowy:					
Dokumentacja medyczna											
Wnioskuje o:	<input type="checkbox"/> wydanie kserokopii dokumentacji medycznej <input type="checkbox"/> udostępnienie dokumentacji w innej formie (<i>np. do wglądu, wyciąg, odpis</i>) <input type="checkbox"/> wydania kopii wyników badań obrazowych na płycie CD										
	Zakres dokumentacji medycznej:	Rodzaj dokumentacji* (<i>porada, hospitalizacja, wynik badania</i>):									
Leczenie w* (<i>klinika/poradnia</i>):											
Okres (<i>data wizyty, data badania, termin hospitalizacji</i>):											
Dokumentację medyczną:	<input type="checkbox"/> odbiorę osobiście										
	<input type="checkbox"/> odbierze upoważniona osoba										
	Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/Panalegitymującego się nr.....										
	<input type="checkbox"/> proszę przestać na adres zamieszkania: <input type="checkbox"/> proszę przestać na inny, wskazany niżej adres:										
Dodatkowe uwagi:											
<i>Podstawa prawna: art. 26, 27 i 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, 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)</i>											
Uwaga: Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje bez zbędnej zwłoki. Czas realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej ustalany jest indywidualnie i zależy od obszerności dokumentacji medycznej oraz jej dostępności w Dziale Sprzedaży Usług Medycznych i Statystyki											
Zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów: wykonania kserokopii oraz wysyłki dokumentacji medycznej za pobraniem pocztowym (jeśli dotyczy)..... <p style="text-align: right;">data i czytelny podpis Wnioskodawcy</p>											
Ilość skopiowanych stron: (wypełnia Pracownik Działu Sprzedaży Usług Medycznych i Statystyki)						jednostronnie					
						dwustronnie					
Dokumentację do wglądu udostępniono dnia:											
..... (czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację)					 (czytelny podpis osoby, której udostępniono dokumentację)					

WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
(data wydania dokumentacji)

1. Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

.....
Imię i nazwisko (nr dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości zł, w dniu

3. Wystawiono fakturę nr, z dnia

4. Wysłano listem poleconym nr nadawczy w dniu

Pracownik wydający dokumentację medyczną

.....
(data i czytelny podpis)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

.....
(data i czytelny podpis)