



Załącznik nr 2 do Regulaminu Archiwum Dokumentacji Medycznej

DANE WNIOSKODAWCY

imię i nazwisko

PESEL nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

adres zamieszkania, nr telefonu.....

Ew. adres e-mail.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ/ ODPISU KSIĄŻECZKI ZDROWIA DZIECKA*

Działając: w imieniu własnym lub jako: rodzic, inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy
 opiekun prawny opiekun faktyczny osoba upoważniona wniosek ustny

Zwracam się z uprzejmą prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

(Imię i nazwisko, PESEL (w przypadku braku - data urodzenia) pacjenta, którego dokumentacja dotyczy)

Z leczenia szpitalnego / ambulatorium / badania obrazowe - np: RTG, USG)* Poprzez:

- Sporządzenie kserokopii dokumentacji.
- Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem.
- Wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie Szpitala.
- Sporządzenie wyciągu** z dokumentacji medycznej.
- Sporządzenie odpisów*** dokumentacji medycznej.
- Wydanie oryginału dokumentacji medycznej, za pokwitowaniem, z zastrzeżeniem jej zwrotu
- Sporządzenie kopii na informatycznym nośniku danych**** (w miarę możliwości organizacyjnych szpitala).

Kopię dokumentacji medycznej odbiorę:

- osobiście
- upoważniam.....

(Imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

- proszę przesłać na podany e-mail.....

(W miarę możliwości organizacyjnych Szpitala)

- proszę przesłać na adres

za zwrotnym potwierdzeniem odbioru uwzględniając koszt wykonania kopii/odpisu/wypisu/ wydruku/ na informatycznym nośniku danych oraz koszty przesyłki, zgodnie z obowiązującym cennikiem Poczty Polskiej (za potwierdzeniem odbioru, na koszt odbiorcy).

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji zgodnie z Dz.U. z 2016r poz. 186 oraz z cennikiem aktualnie obowiązującym w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny SPZOZ, 02-544 Warszawa, ul. A.J. Madalińskiego 25

.....
(Data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(Data i podpis osoby wnioskującej)



Akceptacja wniosku/ Brak akceptacji*:

Data i podpis Lekarza Kierującego Oddziałem/ osoby upoważnionej
(Dotyczy dokumentacji bieżącej)

Data i podpis Kierownika DDMSiKzNFZ/ osoby upoważnionej.....
(Dotyczy dokumentacji archiwalnej)

W przypadku braku akceptacji wnioskodawca otrzymuje pisemne uzasadnienie odmowy

.....
(Data i podpis osoby przygotowującej dokumentację)

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej

.....
(Data i podpis)

*właściwe podkreślić

** Wyciąg z oryginału dokumentacji, czyli przepisany fragment tekstu, „skrótowy tekst zawierający najważniejsze dane z większej całości”

*** Odpis - sporządzone dowolną techniką odwzorowanie oryginału dokumentacji. Odpis to kopia lub przepisany tekst oryginalnego dokumentu. („Dokumentacja medyczna” P. Pochopień)

**** Informatyczny nośnik danych - materiał lub urządzenie służące do zapisywania, przechowywania i odczytywania danych w postaci cyfrowej (Art. 3 pkt. 1 ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne)