



Numer wniosku

*uzupełnia pracownik Archiwum

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy

PESEL:.....

Imię i nazwisko:.....

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- wydanie odpisu dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- wypożyczenie oryginału zdjęcia RTG (kliszy) z zastrzeżeniem zwrotu niezwłocznie po wykorzystaniu
- udostępnienie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- Historia choroby z Oddziału
 - Historia zdrowia i choroby z Poradni:.....
w: Będzinie Czeladzi
 - inna dokumentacja:
- Okres leczenia (daty skrajne)

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę o przesłanie na wskazany adres:
.....
.....
- odbierze osoba upoważniona:
– imię i nazwisko:.....

Oświadczam, iż zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną Powiatowego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej odnośnie przetwarzania danych osobowych.

WYPEŁNIA SIĘ, GDY WNIOSKODAWCĄ NIE JEST PACJENT

Oświadczam, iż dla pacjenta jestem:

- przedstawicielem ustawowym (rodzic, rodzic zastępczy, opiekun prawny osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej itp.):.....
- osobą upoważnioną przez pacjenta.

.....

miejsowość i data

.....

podpis wnioskodawcy



POTWIERDZENIE WPŁYWU

Data:.....

Uzgodniony termin odbioru/wysyłki/ udostępnienia do wglądu:.....

Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej:

nie dotyczy – pierwszorazowe udostępnienie

ksero

(ilość stron, format, koszt)

.....
Podpis pracownika

Potwierdzenie wydania dokumentacji:

wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:.....

odebrana osobiście przez pacjenta w dniu:.....

odebrana przez przedstawiciela ustawowego (rodzic, rodzic zastępczy, opiekun prawny osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej) w dniu:

odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta w dniu:.....

Potwierdzenie odbioru:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:.....

(nazwa dokumentu)

.....
data, pieczęć i podpis pracownika wydającego dokumentację