nr ……/……r.

*Załącznik **nr 1 do** Instrukcji Udostępniania Informacji i Dokumentacji Medycznej, wyd. V*

Wniosek
o udostępnienie odpisu, wyciągu, kopii, wydruku, skanu dokumentacji medycznej
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu

1. Wnioskodawca:
Imię i Nazwisko …… PESEL lub data urodzenia
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zamieszkania……

Tel. kontaktowy…… , adres poczty elektronicznej……..

2. Dokumentacja dotyczy (należy wypełnić jeżeli dokumentacja nie dotyczy wnioskodawcy):

Imię i Nazwisko …… PESEL lub data urodzenia
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zamieszkania .....

3. Dokumentacja dotyczy udzielonych świadczeń w okresie:.....

☐ **Dokumentacja ambulatoryjna (poradnie)** ☐ **Dokumentacja szpitalna (hospitalizacje)**
(zaznaczyć jakiej dokumentacji dotyczy wniosek)

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (zaznaczyć odpowiednie): ☐ Historia choroby ☐ Karta informacyjna z leczenia szpitalnego ☐ Opis badania RTG/TK, ☐ Płytka CD ☐ Wypożyczenie oryginału zdjęcia RTG/TK ☐ Wyniki badań laboratoryjnych,

Inne: ……

5. Wnioskuję o (podkreślić właściwe):
udostępnienie odpisu, wyciągu, kopii, wydruku lub skanu na informatycznym nośniku danych (płyta CD) dokumentacji medycznej określonej w pkt 4*
wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt 4
wysłanie na adres:……..
udostępnienie dokumentacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
W przypadku kolejnego udostępnienia w tym samym zakresie zobowiązuję się do pokrycia kosztów związanych z przygotowaniem dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym cennikiem, ustalonym na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

6. Dokumentacje wymienioną w pkt 4 odbiorę:
osobiście ☐ TAK ☐ NIE
(kserokopia dokumentacji medycznej możliwa jest do odebrania w siedzibie tutejszego Szpitala w godzinach: 7:30 – 14:30 po uiszczeniu kosztów wykonania kolejnej kopii dokumentacji w dniu odbioru w kasie Szpitala lub Punkcie kser

……
Data i podpis wnioskującego

Odbiór dokumentacji:

…… ……
Data / podpis wydającego Podpis odbierającego

W przypadku wysyłki – data wysłania ……. ……
Podpis wysyłającego