

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Kraków dn.

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko..... Pesel

Adres.....

Tel..... adres mailowy:

Wyrażam zgodę na przesłanie dokumentacji medycznej na podany wyżej adres mailowy.

.....
Podpis Wnioskodawcy

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK: /wypełnić gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent/

Imię i nazwisko..... Pesel

Adres.....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (proszę właściwe zaznaczyć X)

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- kopii dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu);
- odpisu dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem*;
- wyciągu skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej
- wydanie oryginału dokumentacji

2. Dokumentacja dotyczy badania/zabiegu wykonanego w dniu

3. Sposób odbioru dokumentacji: (proszę właściwe zaznaczyć X)

- Odbiór osobisty w siedzibie podmiotu leczniczego
- Zostanie odebrana przez osobę upoważnioną w dokumentacji medycznej w siedzibie VIDIUM MEDICA
- Zostanie odebrana przez osobę upoważnioną odrębnym upoważnieniem dołączonym do wniosku.
- Proszę przesłać na adres podany w pkt.1 listem poleconym za „zwrotnym potwierdzeniem odbioru”
- Proszę przesłać na adres mailowy podany w pkt. 1

Oświadczenie:

Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej w VIDIUM MEDICA, rozumiem i akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wystaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

Data i podpis wnioskodawcy

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

4. Potwierdzenie wydania i odbioru dokumentacji medycznej

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Data i podpis osoby wydającej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

Data i podpis wnioskodawcy/osoby upoważnionej
