

Katowice, dn.

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Część I

1. Wnioskodawca Imię i Nazwisko:
2. Adres zamieszkania:
3. PESEL:

4. Numer telefonu kontaktowego:

Lub

Nazwa uprawnionego organu/podmiotu/osoby fizycznej:

5. Dokumentacja medyczna dotyczy*:

6. Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

7. Zwracam się z prośbą o wydanie:

- ☐ kopii
- ☐ wyciągu
- ☐ odpisu
- ☐ wglądu w trakcie hospitalizacji/udzielania porady ambulatoryjnej
- ☐ wglądu**

dokumentacji medycznej sporządzonej w okresie od do,
w Oddziale/Poradni ** (proszę podać nazwę poradni)

.....
Zakres dokumentacji (np. historia choroby, wyniki badań, wypis etc.)

4. Do odbioru upoważniam :

Imię i Nazwisko:

PESEL/nazwa i nr dokumentu tożsamości:

Czytelny podpis Wnioskodawcy

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

*wypełnić w przypadku, gdy o udostępnienie dokumentacji zwraca się przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona (zgodnie z upoważnieniem znajdującym się w indywidualnej dokumentacji pacjenta) lub inny uprawniony organ lub podmiot

** niepotrzebne skreślić

***Pracownik Spółki poinformuje Wnioskodawcę telefonicznie o proponowanym terminie wglądu w dokumentację medyczną. Wgląd w dokumentację medyczną odbywa się wyłącznie w siedzibie PW „JUMO” Sp. z o.o. przy ul. Strzeleckiej 9 w Katowicach w obecności uprawnionego pracownika.

CZEŚĆ II

Potwierdzam zgodność przygotowanej kopii dokumentacji medycznej z Wnioskiem.

Ilość stron:

Opłaty:

- ☐ zwolniony
- ☐ opłata za stron/y (podać ilość)

Czytelny podpis pracownika

CZEŚĆ III

Po sprawdzeniu:

- ✓ tożsamości odbierającego kopię/wyciąg/odpis dokumentacji medycznej
- ✓ dowodu uiszczenia opłaty za wykonaną usługę (nie dotyczy wydania po raz pierwszy) Potwierdzam wydanie kopii/wyciągu/odpisu* dokumentacji medycznej;

Imię i Nazwisko

Lub Nazwa uprawnionego organu lub podmiotu:

PESEL/nazwa i nr dokumentu tożsamości:

Katowice, dnia

.....
Czytelny podpis pracownika

Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

CZEŚĆ IV

Potwierdzam dokonanie wglądu w dokumentację medyczną w dniu:

przez

Imię i nazwisko

Potwierdzam wykonanie zdjęć; liczba wykonanych zdjęć:

Zakres wykonanych zdjęć, notatek (np. strona, wynik badania)

.....

Czytelny podpis pracownika

*niepotrzebne skreślić