



Człuchów, dnia

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (WNIOSKODAWCA):

IMIĘ I NAZWISKO		Działając jako: - zakreśl <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> opiekun prawny* <input type="checkbox"/> osoba upoważniona* *załączam dokument poświadczający	<input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> osoba bliska*
Rodzaj, seria i nr dowodu tożsamości		Nr telefonu		
Adres e-mail (należy wypełnić tylko wtedy, gdy dokumentacja elektroniczna ma zostać przesłana za pośrednictwem poczty elektronicznej, nie dotyczy dokumentacji w formie papierowej)				

2. DANE PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
ADRES (ulica, nr domu/nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)	

3. DOTYCZY UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (zakreśl)

Z leczenia w Oddziale (Historia choroby)	w okresie od-do	<input type="checkbox"/> karta informacyjna z leczenia szpitalnego (wypis) <input type="checkbox"/> wpisy lekarskie z przebiegu leczenia <input type="checkbox"/> protokoły zabiegów, operacji (jeśli dotyczy) <input type="checkbox"/> wyniki badań (jakie)..... <input type="checkbox"/> inne (jakie)..... <input type="checkbox"/> całość dokumentacji medycznej
Z leczenia w Poradni	w okresie od-do	<input type="checkbox"/> wpisy lekarskie <input type="checkbox"/> wyniki badań (jakie)..... <input type="checkbox"/> inne (jakie)..... <input type="checkbox"/> całość dokumentacji medycznej
Pozostałe	<input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> Inne (jakie).....	<input type="checkbox"/> karta zabiegów fizjoterapeutycznych

4. FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (zakreśl)

<input type="checkbox"/> kserokopia <input type="checkbox"/> wydruk <input type="checkbox"/> umożliwienie wglądu w siedzibie SPZOZ w Człuchowie <input type="checkbox"/> dokumentacja elektroniczna - informatyczny nośnik danych (np.: CD) <input type="checkbox"/> dokumentacja elektroniczna - środki komunikacji elektronicznej (e-mail)	<input type="checkbox"/> wyciąg <input type="checkbox"/> odpis <input type="checkbox"/> inna.....
O dokumentację we wskazanym zakresie wnioskuję: <input type="checkbox"/> po raz pierwszy <input type="checkbox"/> po raz kolejny	

5. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (zakreśl)

<input type="checkbox"/> osobiście, <input type="checkbox"/> przesłanie pocztą tradycyjną na adres wnioskodawcy, <input type="checkbox"/> przesłanie dokumentacji elektronicznej pocztą elektroniczną na adres e-mail wskazany powyżej przez wnioskodawcy

6. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Człuchowie dostępnymi na stronie www.spzoz-czluchow.pl lub na tablicy ogłoszeń w siedzibie SPZOZ w Człuchowie. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów przygotowania (jeżeli wystąpią) i ewentualnej wysyłki dokumentacji medycznej.

.....
(data wpływu wniosku i podpis pracownika)

.....
(czytelny podpis osoby składającej wniosek)