Wniosek o wydanie (udostępnienie) dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych szpitala

dotyczącej:

□ Mojej osoby □ Osoby, której jestem prawnym opiekunem □ Posiadam upoważnienie (w załączeniu)*

I. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :

Imię i Nazwisko Pacjenta:..... PESEL: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adres zamieszkania:..... Numer tel.:.....

Adres e-mail:…….

II. DANE WNIOSKODAWCY (wypełnić w przypadku, gdy wniosek składa opiekun prawny lub osoba upoważniona przez pacjenta):

Imię i nazwisko: …… PESEL: ……..…….

Adres …… tel.:……..…….....

III. Rodzaj udostępnianej dokumentacji/nazwa dokumentu: **(zaznacz potrzebną dokumentację)**

□ **Kartoteka z poradni**: □ Reumatologicznej □ Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
○ Oddziału Rehabilitacji Pulmonologicznej dla Dzieci „Bucze”

Zakres dokumentacji : □ całość □ 1 wizyta:..... □ z lat:.....
□ Inne: ….....

□ **Karta Informacyjna z pobytu na oddziale**:

○ Reumatologii ○ Rehabilitacji ○ Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
○ Rehabilitacji Pulmonologicznej dla Dzieci „Bucze”

Data pobytu na oddziale: .....

Diagnostyka obrazowa (zaznaczyć odpowiednie) :

□ Płyta CD z badaniem RTG
□ Płyta CD z badaniem RM

IV. Sposób udostępnienia dokumentacji(zaznaczyć odpowiednie) :

□ Odbiór osobisty

□ Przesłanie na adres domowy wnioskodawcy

□ Przesłanie skanu dokumentacji drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail……

Niniejszym oświadczam, że:

1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Centrum Reumatologii Sp. z o.o.,
2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),
3) w przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii,
4) wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu
5) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów wskazanych w niniejszym wniosku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

data i podpis wnioskodawcy ……..……..……

==========

V. POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU (uzupełnia pracownik udostępniający dokumentację):

Data: ……

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki: ……

data i podpis wydającego……..……..……

VI. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI (uzupełnia pracownik udostępniający dokumentację):

□ wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: ……..,
□ wysłaną pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail wnioskodawcy w dniu .....,
□ odebrana osobiście przez pacjenta,
□ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta,
□ upoważnienie w dokumentacji medycznej,
□ odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczona kwota do zapłaty: ……zł (słownie:……..)

data i podpis wydającego ……..……..……

VII. POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI (uzupełnić w przypadku odbioru osobistego):

Niniejszym potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

data i podpis wnioskodawcy ……..……..……..……

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

data i podpis wydającego: ……..……..……