ZZ OZ Wadowice

WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

F1/PO/PO/24

Nr .....

.....
pieczątka jednostki / komórki organizacyjnej

Cześć I . ZŁOŻENIE WNIOSKU – *Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy/ opiekun prawny lub osoba upoważniona w oświadczeniu w historii zdrowia i choroby wypełnia I część wniosku.*

DANE PACJENTA:

PESEL | | | | | | | | | | | |

....
(nazwisko i imię pacjenta) (adres zamieszkania pacjent)

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym seria i nr ..... zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej sporządzonej w ZZOZ w Wadowicach dotyczącej :

(zaznaczyć znakiem X właściwy kwadrat) ☐

mojej osoby, ☐

osoby: ☐ 1. której jestem przedstawicielem ustawowym /opiekunem prawnym * (* właściwe podkreślić),

☐ 2. która upoważniła mnie do pozyskiwania informacji/dokumentacji w oświadczeniu stanowiącym element historii zdrowia i choroby/historia choroby ogólnej.

INFORMACJE DODATKOWE:

....
(nazwa Poradni lub Oddziału Szpitalnego) (rodzaj dokumentacji i okres jej powstania)

.....
(cel udostępnienia dokumentacji)

i oświadczam, iż: (zaznaczyć znakiem X właściwy kwadrat) ☐

☐ kserokopię dokumentacji odbiorę osobiście(nie upoważniam nikogo do odbioru kserokopii),

☐ kserokopię dokumentacji odbierze osoba, którą poniżej upoważniam :

.....
(nazwisko imię osoby odbierającej)

.....
(adres zameldowania zgodny z dowodem osobistym osoby odbierającej)

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej przy jej odbiorze, a w przypadku upoważnienia kogoś do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej zobowiązuję się do powiadomienia upoważnionej osoby o konieczności pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej oraz o posiadaniu przy odbiorze dowodu osobistego w celu potwierdzenia swojej tożsamości.

(Opłaty za wykonanie kserokopii dokumentacji medycznej pobierane są na podstawie art. 28.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r., nr 52, poz. 417 z późn. zmianami)

.....
(data złożenia wniosku)

.....
(czytelny podpis osoby uprawnionej do pozyskania kserokopii dokumentacji medycznej)

Poniższe oświadczenie prosimy podpisać w przypadku powołania się na oświadczenie stanowiące element historii zdrowia i choroby :

Oświadczam , że jestem upoważniona/ny w oświadczeniu stanowiącym element historii zdrowia i choroby/historii choroby ogólnej :

.....
(czytelny podpis pracownika ZZOZ w Wadowicach przyjmującego wniosek)

.....
(czytelny podpis)

Cześć II. DECYZJA W SPRAWIE UDOSTĘPNIENIA KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ - wypełnia Dyrektor ZZOZ w Wadowicach lub jego Zastępca. (zaznaczyć znakiem X właściwy kwadrat) ☐

☐ zgoda Dyrektora ZZOZ w Wadowicach lub jego Zastępcy

☐ odmowa wydania dokumentacji : przyczyna odmowy.....

.....
(data wydania decyzji)

.....
(pieczątka i podpis Dyrektora ZZOZ w Wadowicach lub jego Zastępcy)

Cześć III. WYDANIE DOKUMENTACJI– wypełniana jest przy odbiorze przygotowanej kserokopii dokumentacji medycznej.

Dane osoby odbierającej ....
(nazwisko imię) (adres zamieszkania/zameldowania)

seria i nr dowodu osobistego .....

.....
czytelny podpis pracownika ZZOZ w Wadowicach wydającego kserokopię

.....
(data odbioru kserokopii)

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej kserokopię)