

Warszawa, dn. 01.01.2015.....

Do Z-cy Dyrektora ds. Klinicznych
Instytut Matki i Dziecka
ul. Kasprzaka 17A
01-211 Warszawa
tel. 22-32-77-422, fax. 22-32-77-126

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

Imię i nazwisko..... JAN NOWAK.....

Adres zamieszkania..... UL. BAJKOWA 10 03-456 WARSZAWA.....

Data urodzenia... 01.01.2000..... Miejsce urodzenia..... WARSZAWA.....

PESEL..... 01123456789.....

Leczonego w: PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA, ODDZIAŁ CHIRURGICZNY

.....w okresie..... 2012 - 2015 LUB CAŁA KARTA.....

<input type="checkbox"/>	kopia dokumentacji z wynikami badań	<input checked="" type="checkbox"/>	odpis (kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem)	<input type="checkbox"/>	wyciąg/odpis na elektronicznym nośniku danych	<input type="checkbox"/>	kopia opisu operacji	<input type="checkbox"/>	kopia wyników badań
KOPIA DOKUMENTACJI BEZ PIECZĄTKI „ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM”				DOTYCZY BADAŃ RM, TK, EEG					

Cel odbioru dokumentacji pacjenta: KOMISJA LEKARSKA/ DALSZĄ KONSULTACJĄ /CEL PRYWATNY ITP.

Zostałem zapoznany z obowiązującą ceną za wnioskowane usługi zgodnie z Cennikiem IMID.

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko..... TOMASZ NOWAK..... PESEL..... 75123456789.....

Adres zamieszkania..... UL. BAJKOWA 10 03-456 WARSZAWA.....

Telefon kontaktowy..... 600 123 456.....

Rodzaj dokumentu tożsamości... DOWÓD OSOBISTY... seria i numer... AFG123456.....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów art. 28 w/w Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Wyrażam zgodę na wydanie kserokopii mojej dokumentacji medycznej (dotyczy pacjenta, który ukończył 16 lat a nie jest wnioskodawcą).

..... 01.01.2015 Nowak Tomasz.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

WYMAGANY PODPIS
W PRZYPADKU GDY
PACJENT UKOŃCZYŁ
16-TY ROK ŻYCIA

.....
data i czytelny podpis pacjenta

decyzja z-cy dyrektora

**potwierdzam sprawdzenie dokumentacji
podpis kierownika Kliniki/Oddziału/Ambulatorium**

OŚWIADCZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO DOKONANIU OPŁATY

1. za pobraniem

PLUS WYPEŁNIONY ZAŁĄCZNIK NR 3A,
DOKUMENTACJA ZOSTANIE WYŚLANA
DROGĄ POCZTOWĄ, PŁATNOŚĆ
UREGULOWANA ZOSTANIE U LISTONOSZA

2. proszę o wystawienie faktury VAT i przesłanie wraz z dokumentacją

3. odbiór osobisty:

Oświadczam, że w dniu odebrałam (-łem) kopię / oryginał*

dokumentacji medycznej pacjenta

(imię i nazwisko)

Liczba stron dokumentacji: opłata w kwocie.....

.....
data i czytelny podpis kasjera

.....
czytelny podpis osoby odbierającej

.....
czytelny podpis osoby wydającej