załącznik nr 1do Instrukcji Postępowania z dokumentacja medyczną

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WOLMED® Sp. z o.o.
Dubie 1a,
97-420 Szczerców

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: ……PESEL: ……;

Adres zamieszkania: ……...;

Numer telefonu: ……..;

Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*:

Imię i nazwisko: …… PESEL: ……...;

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji w formie:

□ wyciągu, odpisu, kopii

□ oryginału dokumentacji i jednocześnie zobowiązuję się do jej zwrotu w terminie do: ……;

Rodzaj dokumentacji:

□ historia choroby – całość

□ wypis z Kliniki

□ wyniki badań

□ inne *(jakie)* : ……..;

Wnioskowaną dokumentację:

□ odbiorę osobiście

□ proszę wysłać na wskazany adres

□ odbierze osoba upoważniona:

Imię i nazwisko: …… PESEL: ……;

……. ……

(miejscowość, data) **(czytelny podpis wnioskodawcy)**

Potwierdzenie wpływu:

…….. (DD-MM-RRRR)

Uzgodniony termin odbioru/wysyłki/udostępnienia do wglądu:

…….... (DD-MM-RRRR)

Czytelny podpis osoby upoważnionej do przyjęcia wniosku:

……

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI:

Dokumentacja:

□ odebrana osobiście

□ wysłana na wskazany adres

□ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji *(w przypadku odbioru osobistego)*:

……..

(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie *(rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość – dowód osobisty, paszport, karta pobytu)*:

…….

…….

(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

POTWIERDZENIE ZWROTU ORYGINAŁU DOKUMENTACJI

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej. Dokumentacja jest kompletna i nieuszkodzona.

……

(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)