

**Wniosek o wydanie 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.:.....

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**)

**Karta Informacyjna z pobytu na oddziale:**

- Reumatologii
- Rehabilitacji
- Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

Data pobytu na oddziale: .....

**Kartoteka z poradni:**     Reumatologicznej     Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

Zakres dokumentacji :  całość     1 wizyta:.....     z lat:.....

Inne: .....

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

(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: .....