

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Wnioskodawca	
<i>Imię, nazwisko i data urodzenia osoby składającej wniosek. W przypadku wniosku o wydanie e-mailem – wpisać DRUKOWANYMI LITERAMI adres e-mail.</i>	
2. Osoba, której dokumentacja dotyczy	
<i>Imię, nazwisko i data urodzenia osoby, o której dokumentację medyczną chodzi</i>	
3. Zakres żądanych informacji	
<i>Wskazać, której części dokumentacji dotyczy wniosek</i>	
4. Forma udostępnienia	<input type="checkbox"/> wgląd do oryginału dokumentacji w siedzibie placówki <input type="checkbox"/> sporządzenie notatek <input type="checkbox"/> wykonanie zdjęć <input type="checkbox"/> kserokopia dokumentacji <input type="checkbox"/> wyciąg dokumentacji <input type="checkbox"/> wydruk z systemu informatycznego <input type="checkbox"/> odpis dokumentacji <input type="checkbox"/> wydanie oryginału z zastrzeżeniem zwrotu <input type="checkbox"/> informatyczny nośnik danych <input type="checkbox"/> udostępnienie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
<i>Wskazać wybraną formę wydania dokumentacji medycznej, stawiając X we właściwym polu</i>	
4a. Szczegóły	
<i>W przypadku wniosku o wydanie oryginału dokumentacji medycznej – wskazać okoliczności uzasadniające wydanie oryginału. Wypełnia przedstawiciel placówki medycznej</i>	
5. Cel wydania dokumentacji	
<i>Wskazać cel, dla którego udostępniana jest dokumentacja (np. uzyskanie zaświadczenia z ZUS). Pole nieobowiązkowe.</i>	

(data i podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji	_____ (data i podpis wnioskodawcy)
---	---------------------------------------

DOTYCZY WYDANIA ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zobowiązuję się do zwrotu oryginału otrzymanej dokumentacji niezwłocznie po wykorzystaniu jej dla celów, dla jakich została udostępniona.

(data i podpis wnioskodawcy)

1. Data zwrotu oryginału dokumentacji medycznej	
Wypełnia przedstawiciel placówki medycznej	
2. Porównanie zwróconego oryginału z wykonaną przez placówkę kopią	<input type="checkbox"/> brak różnicy <input type="checkbox"/> różnice – opisać poniżej
<i>W przypadku różnic między oryginałem a kopią (np. brakujące strony, dopiski) wskazać różnice w polu powyżej.</i> Wypełnia przedstawiciel placówki medycznej.	
3. Inne uwagi	
<i>Inne uwagi dotyczące wydanego oryginału dokumentacji medycznej. Wypełnia przedstawiciel placówki medycznej</i>	

(data i podpis osoby wydającej dokumentację)