

WSPR w Poznaniu SPZOZ
ul. Rycerska 10
60-346 Poznań

Poznań, dnia.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko: PESEL:
Adres: tel.:
Rodzaj i nr dokumentu tożsamości:

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

(proszę wypełnić tylko w przypadku, gdy wniosek składa osoba inna niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja):

Imię i nazwisko: PESEL:
Adres: tel.:
Rodzaj i nr dokumentu tożsamości:

PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (należy zaznaczyć X we właściwej rubryce):

- ☐ do wglądu w siedzibie WSPR w Poznaniu
- ☐ wydanie kopii / wydruku
- ☐ wydanie wyciągu
- ☐ wydanie odpisu
- ☐ wydanie oryginału z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu
- ☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na wskazany e-mail:
- ☐ na informatycznym nośniku danych

2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI (należy zaznaczyć X we właściwej rubryce):

- ☐ wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- ☐ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- ☐ wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta – upoważnienie w załączeniu
- ☐ wniosek składa osoba uprawniona do uzyskania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta

3. DOKUMENTACJA DOTYCZY (należy zaznaczyć X we właściwej rubryce):

- ☐ świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: ratownictwo medyczne
 - ☐ świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: nocna i świąteczna opieka zdrowotna
 - ☐ świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: transport sanitarny i medyczny
- udzielnego w dniu:
w miejscu realizacji świadczenia:

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (należy zaznaczyć X we właściwej rubryce):

- ☐ odbiór osobisty / przez osobę upoważnioną w siedzibie podmiotu leczniczego
- ☐ przesyłka polecona na adres:
- ☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na wskazany adres e-mail:

5. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej obowiązującymi w WSPR w Poznaniu SPZOZ, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej przygotowania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....
(data oraz czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(data oraz czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

6. POTWIERDZENIE REALIZACJI WNIOSKU:

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

Potwierdzam udostępnienie dokumentacji medycznej:

.....
(data oraz czytelny podpis osoby uprawnionej do odbioru dokumentacji medycznej)

.....
(data oraz czytelny podpis osoby upoważnionej do wydania dokumentacji medycznej)