

....., dnia rok
Miejscowość, data

Zarząd Spółki
Pomorskie Centrum Reumatologiczne
im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie Spółka z o.o.
ul. Grunwaldzka 1-3
81-759 Sopot

WNIOSEK Nr/.....
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko
Adres zamieszkania:
Numer i seria dokumentu tożsamości:
Numer telefonu kontaktowego:

Działając w imieniu własnym lub jako: rodzic, inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy,
 opiekun prawny osoba upoważniona osoba bliska

2. Wniosek dotyczy dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i Nazwisko:

Numer PESEL:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adres zamieszkania:

3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w:

Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie Sp. z o.o. w Sopocie

Oddział data pobytu
 Poradnia data wizyty

4. Rodzaj dokumentacji medycznej:

np. historia choroby / karta informacyjna*

5. Wnioskuje o:

- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie Spółki
- sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej bez poświadczenia za zgodność z oryginałem
- sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej poświadczonej za zgodność z oryginałem (odpis)
- sporządzenie wyciągów z dokumentacji medycznej
- sporządzenie kopii dokumentacji medycznej i dostarczenie za pośrednictwem komunikacji elektronicznej na adres e-mail
- sporządzenie kopii dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych.
- sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie:
 - za pośrednictwem komunikacji elektronicznej na adres e-mail
 - na informatycznym nośniku danych
- wydanie oryginału dokumentacji medycznej za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu. Zobowiązuję się do zwrotu oryginału dokumentacji w terminie do dnia
- wydanie zdjęcia/zdjęć rentgenowskie/ich wykonane na kliszy, za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu. Zobowiązuję się do zwrotu zdjęć rentgenowskich w terminie do dnia

6. Dokumentacja wymieniona w pkt 4:

- jest udostępniana wnioskodawcy/jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy
- jest udostępniana wnioskodawcy/jego przedstawicielowi ustawowemu po raz kolejny/innemu wnioskodawcy po raz pierwszy.

7. Dokumentacja wymieniona w pkt 4:

- zostanie odebrana osobiście, płatność przy odbiorze (nie dotyczy sytuacji pierwszej z pkt 6)
- proszę wydać osobie upoważnionej, za okazaniem upoważnienia, płatność przy odbiorze (nie dotyczy sytuacji pierwszej z pkt 6)

.....

(imię, nazwisko, adres, numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

- proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt 1. uwzględniając koszt wykonania kserokopii/odpisu/wyciągu* (nie dotyczy sytuacji pierwszej z pkt 6)

8. Dokumentacja wymieniona w pkt 4 udostępniana jest*:

- w celu dalszego leczenia
- w innym celu aniżeli leczenie

*informacja niezbędna jest do ustalenia prawidłowej stawki VAT za usługę

9. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii, wyciągu, odpisu dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr J. Titz-Kosko w Sopocie Spółka z o.o. z siedzibą w Sopocie (nie dotyczy sytuacji pierwszej z pkt 6).

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

Dotyczy sytuacji, w której dokumentacja odbierana jest osobiście:

Potwierdzam odbiór kserokopii*/odpisu*/wyciągu*/oryginału dokumentacji medycznej w dniu

.....
Data i czytelny podpis Wnioskodawcy

*Niepotrzebne skreślić

.....
Data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację