

WNIOSEK NR...../ 202... o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej (wzór)

1. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego:

2. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wnioskuję o: (właściwie zakreślić)

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni:
- okres leczenia, podać datę.....

3. Cel wydania dokumentacji medycznej: (właściwie zakreślić)

- dalszego leczenia
- dokumentacji do innych celów niż leczenie

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Białołęka-Targówek (SZPZLO Warszawa B-T).*

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika:

*SZPZLO Warszawa B-T nie pobiera opłaty za pierwsze udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie kopii papierowej. Za kolejne udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku bądź na informatycznym nośniku danych SZPZLO W B-T pobiera opłatę wg cennika.

Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej w SZPZLO Warszawa Białołęka-Targówek
(wypełnia tylko pacjent, upoważnienie dotyczy tylko dokumentacji medycznej, o której mowa w niniejszym wniosku)

Imię i nazwisko:

PESEL:

4. POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA

Tożsamość osoby odbierającej kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzona na podstawie: (rodzaj, seria oraz nr dokumentu tożsamości)

.....

Ilość stron

Wniesiono opłatę w wysokości:

.....zł. netto

.....% VAT

.....zł. brutto

(słownie brutto.....zł.)**

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej

.....
data i podpis osoby wydającej

** w przypadku zaznaczenia przez Pacjenta w pkt 3 wniosku kwadratu oznaczonego „dokumentacja do dalszego leczenia” obowiązuje stawka VAT 0%, w pozostałych przypadkach – 23%.