

EUM-A-513/...../.....

....., dnia.....  
miejsowość data**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ****I. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ**

Imię, Nazwisko		Działając jako -zakreśl <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> opiekun prawny*	<input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> osoba upoważniona*
Rodzaj, seria i nr dowodu tożsamości	(dowód osobisty, paszport, prawo jazdy)	Nr telefonu	*załączam dokument poświadczający	

**II. DANE OSOBOWE PACJENTA**

Imię, Nazwisko			
PESEL		Nr pacjenta (dokum. med.)	
Adres zamieszkania			
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Kod pocztowy		Miejscowość	

**III. DOTYCZY UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

W celu – zakreśl <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> dalszego leczenia,	<input type="checkbox"/> dla ubezpieczyciela,	<input type="checkbox"/> na komisję lekarską,	<input type="checkbox"/> własnym
Z leczenia w Oddziale (Historia Choroby)	w okresie od - do	Zakreśl <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> karta informacyjna z leczenia szpitalnego <input type="checkbox"/> wpisy lekarskie z przebiegu leczenia <input type="checkbox"/> protokoły zabiegów, operacji (jeśli dotyczy) <input type="checkbox"/> wyniki badań (jakie) ..... <input type="checkbox"/> całość <input type="checkbox"/> inne (jakie) .....		
Z leczenia w Poradni (Karta ambulatoryjna)	w okresie od - do	Zakreśl <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wpisy lekarskie <input type="checkbox"/> wyniki badań (jakie) ..... <input type="checkbox"/> całość <input type="checkbox"/> inne (jakie) .....		
Pozostałe	<input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> Karta zabiegów fizjoterapeutycznych <input type="checkbox"/> inne (jakie) .....			

**IV. FORMA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

Zakreśl <input checked="" type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> kopia, <input type="checkbox"/> zapis CD (badania obrazowe), <input type="checkbox"/> do wglądu, <input type="checkbox"/> inna (wykonanie zdjęć, notatek, odpis, wyciąg, wydruk)
---

**V. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

Zakreśl <input checked="" type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> osobiście, <input type="checkbox"/> upoważniam do odbioru (imię, nazwisko) ..... rodzaj, seria, nr dokumentu tożsamości. ....
--

**VI. DODATKOWE INFORMACJE O PACJENCIE:**

Czy pacjent aktualnie przybywa w oddziale szpitalnym?	Zakreśl <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	Jeśli tak, lekarz prowadzący potwierdza możliwość czasowego udostępnienia dokumentacji medycznej.	(podpis i pieczęć lekarza)
---	--	---	----------------------------

Oświadczam, że zapoznałam/em się z aktualnym cennikiem udostępnienia dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych w całości. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do otrzymania ww. dokumentacji medycznej.

Data wpływu wniosku	Data odbioru dokum. med.
Podpis pracownika przyjmującego i weryfikującego wniosek	

.....  
czytelny podpis osoby składającej wniosek