



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

krakow, dnia *11.08.2017*
miejsowość data

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ

Imię, Nazwisko	<i>Anna Kowalczyk</i>	Działając jako -zakreśl <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> opiekun prawny* <input type="checkbox"/> osoba upoważniona* <small>*załączam dokument poświadczający</small>
Rodzaj, seria i nr dowodu tożsamości	<i>ARD 1261218</i> <small>(dowód osobisty, paszport, prawo jazdy)</small>	Nr telefonu	<i>123456789</i>

II. DANE OSOBOWE PACJENTA

Imię, Nazwisko	<i>JAN KOWALSKI</i>		
PESEL	<i>002678910</i>	Nr pacjenta (dokum. med.)	<i>326/1</i>
Adres zamieszkania			
Ulica	<i>Sybilowa</i>	Nr domu	<i>4</i>
		Nr mieszkania	<i>18</i>
Kod pocztowy	<i>42-700</i>	Miejscowość	<i>Kochanowice</i>

III. DOTYCZY UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

W celu – zakreśl <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> dalszego leczenia,	<input checked="" type="checkbox"/> dla ubezpieczyciela,	<input type="checkbox"/> na komisję lekarską,	<input type="checkbox"/> własnym
Z leczenia w Oddziale (Historia Choroby)	w okresie od - do <i>Chirurgia</i> <i>6.02 - 10.02.2017r.</i> <i>kardiologia</i> <i>21.03 - 24.03.2017r.</i>	Zakreśl <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Karta informacyjna z leczenia szpitalnego <input type="checkbox"/> wpisy lekarskie z przebiegu leczenia <input checked="" 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 <i>kardiologia</i> <i>11.04.2017r.</i> <i>24.05.2017r.</i>	Zakreśl <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wpisy lekarskie <input type="checkbox"/> wyniki badań (jakie) <input checked="" 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 kopia, zapis CD (badania obrazowe), do wglądu, inna (wykonanie zdjęć, notatek, odpis, wyciąg, wydruk)

V. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Zakreśl osobiście,
 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"/> 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	

Anna Kowalczyk
czytelny podpis osoby składającej wniosek