Uwaga ! Wnioski są realizowane w terminie do 7 dni roboczych od daty ich przyjęcia

Załącznik nr 1

Barlinek, dnia .....

Data wpłynięcia: .....

Prezes Zarządu
Szpital Barlinek sp. z o.o.
ul. Szpitalna 10, 74-320 Barlinek

WNIOSKODAWCA
(osoba, której dot. dokumentacja medyczna)

.....
imię i nazwisko oraz poprzednio używane nazwisko (jeśli dotyczy)

.....
adres zamieszkania

.....
nr dowodu osobistego

.....
adres elektroniczny oraz nr telefonu kontaktowego

.....
PESEL lub data urodzenia

DANE OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ WNIOSEK
(Gdy nie jest nim WNIOSKODAWCA)

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
nr dowodu osobistego

.....
adres elektroniczny oraz nr telefonu kontaktowego

.....
PESEL lub data urodzenia

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskuję o:

- udostępnienie kopii dokumentacji medycznej w wersji:
☐ papierowej ☐ na nośniku danych ☐ za pośrednictwem środków kom.elektr. (ePUAP)
- wgląd do dokumentacji medycznej ☐

---

1. z oddziału: .....

czas pobytu .....

Rodzaj kopiowanej dokumentacji * potwierdzonej za zgodność z oryginałem: ☐ TAK ☐ NIE

☐ komplet historii choroby
☐ karta informacyjna
☐ opis operacji
☐ wynik badania .....
(nazwa badania)

☐ inne .....

2. z poradni: .....

Rodzaj kopiowanej dokumentacji * potwierdzonej za zgodność z oryginałem: ☐ TAK ☐ NIE

☐ komplet historii choroby poradni

☐ inne .....

3. z izby przyjęć / nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej: .....

data pobytu.....

Uwaga ! Wnioski są realizowane w terminie do 7 dni roboczych od daty ich przyjęcia

Rodzaj kopiowanej dokumentacji * potwierdzonej za zgodność z oryginałem: ☐ TAK ☐ NIE

☐ wpis do księgi

☐ inne .....

4. Proszę o udostępnienie* – w formie: ☐ płyty CD, ☐ opisu badania, **wyniku badania:**

☐ Rtg, ☐ innego (należy podać jakiego): ……

Data badania: …….

5. Sposób odbioru dokumentacji

☐ odbiór osobisty

☐ odbiór przez osobę upoważnioną

☐ list polecony za potwierdzeniem odbioru (obejmujący koszt sporządzenia kopii i koszty przesyłki wg stawek poczty polskiej)

☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (platforma ePUAP)

* *właściwe zaznaczyć*

.

.....

czytelny podpis osoby wypełniającej wniosek

ZATWIERDZAM NINIEJSZY WNIOSEK

.....

pieczątka i podpis osoby zatwierdzającej wniosek

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam Panią / Pana .....

imię i nazwisko

legitymującą / legitymującego się ……

nr dowodu tożsamości

zamieszkałą/zamieszkałego .....

adres zamieszkania

do odbioru kopii / wglądu do mojej dokumentacji medycznej.

.....

czytelny podpis osoby wypełniającej wniosek

.....

data, nr dowodu tożsamości, czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację / dokonującej wglądu w dokumentację

.....

czytelny podpis osoby wydającej dokumentację / udostępniającej dokumentację do wglądu

☐ wydano ☐ wysłano listem