



Szpital Specjalistyczny Ducha
Świętego w Sandomierzu
27-600 Sandomierz
ul. Schinzla 13

Sandomierz, dnia: dddd/mmm/rrrrr

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

1. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko pacjenta(ki)		PESEL									
Adres zamieszkania											
Nr telefonu (nie obowiązkowo)											

Dokumentacja medyczna z poradni.....
(wpisz nazwę poradni)

Dokumentacja medyczna z oddziału.....
(wpisz nazwę oddziału)

2. WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (zaznaczyć X we właściwym miejscu)

- dokumentacja pobierana jest po raz pierwszy w żądanym zakresie
 dokumentacja pobierana jest kolejny raz

3. FORMA UDOSTĘPNIANIA (zaznaczyć X we właściwym miejscu):

- kserokopia dokumentacji medycznej poświadczona za zgodność z oryginałem
 skan za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych
 wyciąg/ odpis dokumentacji medycznej
 wgląd do dokumentacji medycznej
 oryginał za potwierdzeniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej lub sądów
 inne

4. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI (zaznaczyć X we właściwym miejscu):

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
 wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
 wniosek składa pełnomocnik pacjenta
 wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta
 wniosek składa osoba bliska po śmierci pacjenta

5. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (zaznaczyć X we właściwym miejscu):

- odbiór osobisty
 przesłanie pocztą na wskazany adres, po dokonaniu przedpłaty na konto SSDŚ
NR KONTA:
 odbiór przez osobę upoważnioną
 na podany we wniosku adres e-mail

1. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii dokumentacji, o którą składany jest niniejszy wniosek, zgodnie z aktualnie obowiązującym cennikiem w SSDŚ w Sandomierzu.

2. W przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

3. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.

.....
(czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(czytelny podpis osoby składającej wniosek)

6. POTWIERDZENIE ODBIORU

1. Tożsamość osoby odbierającej kserokopię dokumentacji stwierdzono na podstawie:

..... Seria.....Nr.....
(nazwa dokumentu tożsamości)

2. Ilość stron kserokopii.....

3. Wniesiono opłatę /gotówkę/za pobraniem/nie podlega opłacie/ w wysokości.....PLN

.....
(data wydania)

.....
(czytelny podpis osoby wydającej)

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

Cennik jest do wglądu na stronie internetowej szpitala : www.sand.pl/ strefa pacjenta oraz w siedzibie szpitala w punkcie KSERO