


| Procedura udostępniania dokumentacji medycznej w Szpitalu Wolskim | | |
|---|--|--|
|  | SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ SZPITAL WOLSKI IM. DR ANNY GOSTYŃSKIEJ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | Numer: 1 Kod: P - SA Wydanie: XIV Strona: 1 z 2 Data obowiązywania od: 19.11.2013 |

Warszawa, dnia

Strona A.

ZGŁOSZENIE WNIOSKU O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskodawca * (należy wypełnić czytelnie):

Imię i nazwisko PESEL:

(gdy wnioskodawcą jest pacjent)

Adres zamieszkania.....tel. kontaktowy

E-mail.....Inne.....

Dokumentacja medyczna dotyczy (należy wypełnić czytelnie, tylko gdy dokumentacja medyczna nie dotyczy wnioskodawcy):

Imię i nazwisko PESEL:

Wniosek dotyczy udostępnienia dokumentacji medycznej z leczenia w Szpitalu Wolskim w formie (zaznaczyć znak „X” we właściwej rubryce):

- kopii wypisu odpisu wydruk do wglądu zapis na nośniku informatycznym drogą elektroniczną inne

w
(nazwa oddziału szpitalnego, poradni lub innej komórki organizacyjnej działalności podstawowej)

w okresie:
(data pobytu, okres korzystania ze świadczeń zdrowotnych)

Informacje dodatkowe**

Dokumentacja medyczna będzie wykorzystana dla celów (zaznaczyć znak „X” we właściwej rubryce):

- związanych z kontynuacją leczenia
 innych celów, nie związanych z kontynuacją leczenia

Dokumentację medyczną (zaznaczyć znak „X” we właściwej rubryce):

- odbiorę osobiście
 odbierze osoba upoważniona, wskazana w dokumentacji medycznej
 odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie załączam do wniosku
 odbierze osoba, której dotyczy dokumentacja medyczna
 inny

Zostałem/łam poinformowany/na o wysokości opłat z tytułu wydania kopii/ wyciągu / odpisu dokumentacji medycznej lub kosztu płyty i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za wydaną dokumentację.

Wnoszę o wcześniejsze powiadomienie mnie o kosztach udostępnienia dokumentacji medycznej- kontakt j.w.

.....
(czytelny podpis pacjenta/personelu Szpitala uprawnionego do przyjęcia wniosku)



SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ
SZPITAL WOLSKI IM. DR ANNY GOSTYŃSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD
OPIEKI ZDROWOTNEJ

Numer: 1
Kod: P - SA
Wydanie: XI
Strona: 2 z 2
Data obowiązywania
od: 19.11.2019

DECYZJA W SPRAWIE UDOSTĘPNIENIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

ZGODA

data.....

podpis.....

pieczęć i podpis

ODMOWA

Z następujących

przyczyn.....
.....
.....

data.....

podpis.....

pieczęć i podpis

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI ***

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w formie (zaznaczyć znak "X" we właściwej rubryce)

oryginału i zobowiązuje się do zwrotu w terminie do.....

klisza RTG i zobowiązuje się do zwrotu w terminie do.....

inna forma
(dzień-miesiąc- rok)

.....
(data i podpis pracownika Szpitala)

.....
(data i podpis Wnioskodawcy)

Uwagi pracownika COP (opatrzone datą i podpisem).....

*) pole wypełnione dobrowolnie przez pacjenta.

**) np. wpis zgłoszenia o wydanie oryginału w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta.

***) obejmuje sytuacje udostępnienia dokumentacji w sytuacji, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.