



**Śląskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania
Niepełnosprawności im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu Sp. z o.o.**

Załącznik nr 1 do „Instrukcji udostępniania dokumentacji medycznej”

**Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej
znajdującej się w zasobach archiwalnych szpitala dotyczącej:**

- Mojej osoby
 Osoby, której jestem prawnym opiekunem
 Posiadam upoważnienie (w załączniku)*

I. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :

Nazwisko i imię PESEL:
Pobyt w oddziale: w terminie:
Pobyt w poradni: data wizyty:

II. DANE WNIOSKODAWCY (wypełnić w przypadku gdy wniosek składa opiekun prawny lub osoba upoważniona przez pacjenta):

Imię i nazwisko: PESEL:
Adres:
tel.:

III. Rodzaj udostępnianej dokumentacji/nazwa dokumentu:

Diagnostyka obrazowa*:

- Płyta CD z badaniem RTG
 Płyta CD z badaniem RM
 Płyta CD z badaniem densytometrycznym

Inne szczególne:

IV. Sposób przekazania dokumentacji*:

- Odbiór osobisty
 Przesłanie za zaliczeniem pocztowym na adres wnioskodawcy
 Przesłanie skanu dokumentacji drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail
(adres e-mail:))

*zaznaczyć odpowiednio

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) zobowiązuje się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Centrum Reumatologii Sp. z o.o.*,
- 2) pokryje koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),
- 3) w przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuje się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii*,
- 4) wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu*

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

*nie dotyczy przekazania wnioskowanej dokumentacji medycznej za pośrednictwem drogi elektronicznej.

V. POTWIERDZENIE WPLYWU WNIOSKU (uzupełnia pracownik udostępniający dokumentację):

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki:

.....
(data i podpis wydającego)

VI. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI (uzupełnia pracownik udostępniający dokumentację):

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:,
- wysłana pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail wnioskodawcy w dniu,
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczona kwota do zapłaty:zł (słownie:.....)

.....
(data i podpis wydającego)

VII. POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI (uzupełnić w przypadku odbioru osobistego):

Niniejszym potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

.....
(data i podpis wydającego)