 Centrum Reumatologii Sp. z o.o.	DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA	
	ISO 9001:2015	ISO/IEC 27001:2023
Dotyczy: Wszystkie Komórki Organizacyjne	Załącznik nr 1 Procedury postępowania z dokumentacją medyczną Wniosek o wydanie (udostępnienie) dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych szpitala	Wydanie: 5 Informacja: C
		Data wydania: 12.05.2025r.
		Ilość stron: 3

Wniosek o wydanie (udostępnienie) dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych szpitala

dotyczącej:

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

I. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :

Imię i Nazwisko Pacjenta:..... PESEL: _ _ _ _ _

Adres zamieszkania:..... Numer tel.:.....

Adres e-mail:.....

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: (**zaznacz potrzebną dokumentację**)

- Kartoteka z poradni:** Reumatologicznej Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

Zakres dokumentacji : całość 1 wizyta:..... z lat:.....

Inne:

Karta Informacyjna z pobytu na oddziale:

- Reumatologii Rehabilitacji Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej


Data pobytu na oddziale:

Diagnostyka obrazowa (zaznaczyć odpowiednie) :

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

IV. Sposób udostępnienia dokumentacji(zaznaczyć odpowiednie) :

- Odbiór osobisty
- Przesłanie na adres domowy wnioskodawcy
- Przesłanie zaszyfrowanego skanu dokumentacji drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail
(adres e-mail:))

 Centrum Reumatologii Sp. z o.o.	DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA	
	ISO 9001:2015	ISO/IEC 27001:2023
Dotyczy: Wszystkie Komórki Organizacyjne	Załącznik nr 1 Procedury postępowania z dokumentacją medyczną Wniosek o wydanie (udostępnienie) dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych szpitala	Wydanie: 5 Informacja: C
		Data wydania: 12.05.2025r.
		Ilość stron: 3

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Centrum Reumatologii Sp. z o.o.,
- 2) pokryję 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, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii,
- 4) wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu
- 5) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów wskazanych w niniejszym wniosku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

data i podpis wnioskodawcy

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:,
- wysłaną 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.

data i podpis wnioskodawcy

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

data i podpis wydającego: