ZałĄCZNIK NR 1

Wniosek

o udostępnienie dokumentacji medycznej

Niniejszy dokument jest własnością EMC Instytut Medyczny S.A.

Osoba posiadająca niniejszy egzemplarz ponosi pełną odpowiedzialność za jego przechowywanie.

Powielanie – częściowo lub w całości oraz dalsze przekazywanie bez zgody

Dyrektora Szpitala jest zabronione.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Opracował: | Sprawdził: | Zatwierdził: |
| Angelina Kanabus  Starszy inspektor ds. administracji  Anna Przepiórkowska  Starszy inspektor ds. administracyjno- prawnych | Dorota Karpacka  Pełnomocnik ds. jakości | Lidia Albrechowicz  Dyrektor szpitala |
| Data: 14.02.2024 | Data: 14.02.2024 | Data: 14.02.2024 |

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Dane pacjenta /wnioskodawca

Imię ………………….……………………………………………………………………………………………………..…………..…

Nazwisko ………………………………………………………….……………………………………………..……………………..

Adres zamieszkania ……………………………………………….………………………………………………………..……..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P E S E L |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr tel. ………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Dane osoby wnioskującej, jeśli dokumntacja dotyczy innego pacjenta:

Nazwisko …………………………………………………………………………………………………………………………………

Imię ……………………………………………………………………………………………………………………………………..…

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………….…………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P E S E L |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Do jakich celów wnioskowane jest udostępnienie dokumentacji, należy zaznaczyć odpowiedni punkt:

* Do urzędu ( ZUS, KRUS, Sąd i in. )
* Do dalszego leczenia
* Do celów własnych
* Inne ………………………….…………………..……………………………………………………………………………

1. Rodzaj dokumentacji medycznej:

a/ **karta informacyjna** leczenia szpitalnego w oddziale szpitalnym (nazwa oddziału i termin pobytu) …………………………………………………………………………………………………………………………………………

b/ **historia choroby leczenia w oddziale szpitalnym** (nazwa oddziału i termin pobytu) …………………………………………………………………………………………………………………………………………

c/ **historia choroby leczenia w poradni** (nazwa poradni , nr karty, daty wizyt)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

d/ **inna dokumentacja** (należy podać nazwę miejsca gdzie leczył się pacjent, datę leczenia, rodzaj dokumentacji)……………………………………………………………………………………………………………………

1. Proszę o poświadczenie dokumentacji za zgodność z oryginałem:

Tak Nie

1. Dokumentację medyczną :

□ odbiorę osobiście

□ prosze o przesłanie listem poleconym na adres wskazany we wniosku - osoba wnioskująca ponosi koszty przesyłki i koperty. Wysokość opłaty określa Cennik Usług Medycznych EMC Instytut Medyczny S.A. dla Szpitala Św. Anny w Piasecznie.

* Za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągu, odpisu lub kopii Szpital i przychodnia może pobierać opłatę.
* Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie.

**Zobowiązuję się do pokrycia kosztów zgodnych z obowiązującym cennikiem EMC Piaseczno Sp. z o.o.**

Data, czytelny podpis wnioskodawcy …………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………

(czytelny podpis upoważnionego pracownika)

**\*Potwierdzam odbiór osobisty dokumentacji** …………………………………………………………………………………………………..

Data, czytelny podpis wnioskodawcy/osoby upoważnionej

……………………………………………

(czytelny podpis upoważnionego pracownika)

\*Stwierdzam, że wnioskodawca jest upoważniony do udostępnienia mu w/w dokumentacji medycznej.

……………………………………………

(czytelny podpis upoważnionego pracownika)

UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI

Tożsamość osoby odbierającej w/w dokumentacji medycznej /uzyskującej\* wgląd do w/w dokumentacji medycznej\* została potwierdzona na podstawie:………………………………………………………………………………………………..

Dokumentację udostępniono w dniu:………………………..

………………….………….……………

(czytelny podpis upoważnionego pracownika)