

Szpital Pediatryczny

**43-300 Bielsko-Biała**

**ul. Sobieskiego 83**

**Sekretariat: tel. 33-828-40-40 fax : 33 815-16-30**

**www.szpitalpediatryczny.pl**

**e-mail: sekretariat@szpitalpediatryczny.pl**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko – stopień pokrewieństwa …………………………………………………………

Numer dowodu tożsamości ……………………………

Adres e-mail ………………………………………

Telefon kontaktowy ………………………………

*Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w następującej formie:*

□ wyciąg

□ odpis

□ kopię

□ wydruk

□ oryginał \*

□ do wglądu w siedzibie szpitala

□ na informatycznym nośniku danych *(dotyczy dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej oraz dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej, jeżeli warunki techniczne i organizacyjne umożliwiają sporządzenie jej kopii w formie skanu)*

□ za pośrednictwem poczty elektronicznej *(dotyczy dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej oraz dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej, jeżeli warunki techniczne i organizacyjne umożliwiają sporządzenie jej kopii w formie skanu)*

*\*oryginał wydawany jest za pokwitowaniem i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu , na żądanie organów władzy publicznej i sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta*

.................................................................................................................................................................

Imię i nazwisko pacjenta, PESEL *(osoby, której dokumentacja dotyczy)*

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w:

*(podać nazwę oddziału, poradni, Izby przyjęć oraz datę pobytu lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniona)* ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Wniosek składany jest : po raz pierwszy □ po raz kolejny □

**Dokumentacje medyczną odbiorę:**

□ osobiście

□ upoważniam............................................................................................................................................

*imię nazwisko, nr dokumentu tożsamości*

□ proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

□ za pośrednictwem Medycznego Portalu Informatycznego przez stronę [www.szpitalpediatryczny.pl](http://www.szpitalpediatryczny.pl)

□ za pośrednictwem poczty elektronicznej

***Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągu, odpisu, kopii, wydruku lub na informatycznym nośniku danych (nie dotyczy udostępnienia dokumentacji po raz pierwszy w żądanym zakresie) oraz kosztów przesyłki pobraniowej (dotyczy dokumentacji wysyłanej listem poleconym lub kurierem).***

……………………………………………... ………………………………………

*miejscowość, data* *podpis wnioskodawcy*

**Potwierdzenie odbioru:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji:

 ………………………………………………

 *data i podpis osoby odbierającej dokumentację*

**WYDANO:**

…………………………..……

*data wydania dokumentu*

Pobrano opłatę w wysokości …………………………………….. za ……………… stron dokumentacji medycznej.

Wysłano listem poleconym w dniu ………………………….

……………………………………………………..…

*czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację*