

Warszawa, dnia.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nr wniosku.....

(wypełnia pracownik Spółki)

Miejsce odbioru dokumentacji medycznej

- ☐ ul. rtm. Witolda Pileckiego 99 ☐ ul. Solec 99 ☐ listem na wskazany adres
☐ przy pomocy środków komunikacji elektronicznej (adres e-mail)

Dane pacjenta:

- Imię i nazwisko:.....
- PESEL/data urodzenia:.....
- Numer tel./e-mail kontaktowy:.....
- Adres zamieszkania: ulica:....., nr domu/mieszkania:.....
kod pocztowy:....., miasto:.....

Dane wnioskodawcy: (należy wypełnić w przypadku, gdy wnioskujący nie jest pacjentem)

- Imię i nazwisko:.....
- PESEL/data urodzenia:.....
- Numer tel./e-mail kontaktowy:.....
- Adres zamieszkania: ulica:....., nr domu/mieszkania:.....
kod pocztowy:....., miasto:.....
- Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości:.....

Udostępnienie: ☐ pierwszorazowe ☐ kolejne

Proszę o przygotowanie i udostępnienie:

- ☐ KOPII ☐ WYDRUKU ☐ WYCIĄGU ☐ ODPISU ☐ NOŚNIKA ELEKTRONICZNEGO ☐ SKANU
☐ WGLĄD DO ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

z udzielania świadczeń zdrowotnych w: Oddziale.....
...../Poradni Specjalistycznej.....

Warszawskiego Szpitala Południowym sp. z o.o.

za okres od.....od.....

Zakres żądanej dokumentacji medycznej:

☐ HISTORIA CHOROBY ☐ KARTA INFORMACYJNA ☐ WYNIKI BADAŃ ☐ DOKUMENTACJA
MEDYCZNA PROCESU PIELĘGNOWANIA ☐ ZAPIS WIZYTY LEKARSKIEJ
☐ INNE

Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z cennikiem udostępniania dokumentacji medycznej obowiązującym w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o. o. oraz zobowiązuje się pokryć wszelkie koszty z tego wynikające – jeśli dotyczy.

.....

podpis Wnioskodawcy

Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Pana/Panią:

.....

legitymującego/cą się dokumentem tożsamości (rodzaj, seria, numer):

.....

.....

podpis Wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru wnioskowanej dokumentacji (wypełnia pracownik Archiwum):

Numer faktury, numer paragonu, kserokopia wezwania na komisję ZUS, KRUS:

.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości osoby odbierającej dokumentację:

.....

Potwierdzenie tożsamości wnioskodawcy:

.....

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

.....

data i podpis osoby odbierającej

.....

data i podpis osoby udostępniającej
(pracownika Spółki)