

Warszawa, dnia.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Podanie przyjęte drogą
telefoniczną/elektroniczną*
TAK NIE

.....
(podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

Nr wniosku:.....
(wypełnia pracownik Archiwum)

Miejsce odbioru dokumentacji medycznej

ul. rtm. Witolda Pileckiego 99 ul. Solec 99 listem na wskazany adres

przy pomocy środków komunikacji elektronicznej
(adres 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:(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 ZAŚWIADCZENIA

ODPISU

NOŚNIKA ELEKTRONICZNEGO

WGLĄD SKANU

z leczenia w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o. o. (jednostka organizacyjna):

.....

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

Zakres żądanej dokumentacji:

CAŁOŚĆ

HISTORIA CHOROBY

KARTA INFORMACYJNA

WYNIKI BADAŃ

DOKUMENTACJA MEDYCZNA PROCESU PIELĘGNOWANIA

ZAPIS WIZYTY LEKARSKIEJ

INNE

Oświadczenie wnioskodawcy:

- Oświadczam, że zapoznałem/łam się z cennikiem udostępniania dokumentacji medycznej obowiązującym w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o. o.

.....

podpis wnioskodawcy

Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Pana/Panią:

.....

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

.....

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