

Załącznik nr 2
do Regulaminu Organizacyjnego
N ZOZ Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Sp. z o.o.

.....
Imię i nazwisko osoby wnioskującej
.....
Adres zamieszkania
.....
PESEL
.....
Nr telefonu

.....
Miejscowość i data

Sz. P. KRZYSZTOF KONOPKA
Prezes Zarządu
N ZOZ Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Sp. z o.o.

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany, zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej, która dotyczy:
Imię i nazwisko pacjenta.....
Adres zamieszkania.....
PESEL/data urodzenia.....

Upoważniam do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej wskazanej we wniosku: (wypełnia wyłącznie pacjent)

Imię i nazwisko.....
PESEL/data urodzenia.....

data i podpis pacjenta.....
lub pracownika uzupełniającego wniosek
(w przypadku zgłoszenia ustnego)

Poprzez (właściwe zaznaczyć) :

- umożliwienie wglądu w siedzibie N ZOZ Łużyckiego Centrum Medycznego w Lubaniu Sp. z o.o.,
- wydanie kopii,
- wydanie w innej formie (wyciągu*/ odpisu* itp.).....
- wydania na informatycznym nośniku danych (płyta CD/DVD)

Dokumentacji medycznej w postaci:

- historii choroby (pełnej* / częściowej* / uwierzytelnionej* / nie uwierzytelnionej* /z wynikami badań* / bez wyników badań*) z oddziału*/ poradni*.....
z okresu.....
- karty informacyjnej leczenia szpitalnego z oddziału.....
z okresu.....
- karty porady ambulatoryjnej ze szpitalnej Izby Przyjęć z dnia.....
- karty porady ambulatoryjnej z Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej z dnia.....
- wyników badań (laboratoryjnych*/ histopatologicznych*/ EKG*/ RTG* itp.).....

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście,
- przez w/w upoważnioną osobę,
- za pośrednictwem poczty elektronicznej wysłanej na adres e-mail.....
- proszę przesłać listem poleconym/priorytetem na adres:.....

Oświadczam ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych, akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 2, ust. 1, pkt 1 *Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2018.160.)*, przewidziany w art. 26, 27 i 28 *Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U.2017.1318)*.

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzenia powyższej dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w N ZOZ Łużyckim Centrum Medycznym w Lubaniu Sp. z o.o., ustalonym stosownie do zapisów w/w *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

W przypadku prośby o przesłanie dokumentacji pod wskazany adres, zobowiązuję się do pokrycia również kosztów przesyłki pocztowej, zgodnie z obowiązującym cennikiem Poczty Polskiej.

Zostałem poinformowany (-a), że udostępnienie dokumentacji medycznej nastąpi niezwłocznie, nie dłużej niż 14 dni roboczych, licząc od dnia złożenia wniosku.

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

WYPEŁNIA NZOZ ŁUŻYCKIE CENTRUM MEDYCZNE W LUBANIU SP. Z O.O.

Decyzja o udostępnienie lub odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej:

- Zgoda na udostępnienie
- Odmowa udostępnienia z powodu:.....

.....
(Podpis Z-cy Kierownika Zakładu ds. Lecznictwa)

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

DOKUMENTACJA:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:.....
- wysłana za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail wskazany we wniosku w dniu.....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta
 - upoważnienie załączone do wniosku
 - upoważnienie w niniejszym wniosku

Naliczono opłaty w wysokości.....

Nr paragonu/faktury.....

W przypadku wysłania dokumentacji medycznej za pośrednictwem poczty elektronicznej należy do wniosku załączyć wydruk z e-maila.

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór / kserokopii* / wyciągu* / odpisu* / dokumentacji medycznej w dniu.....

Tożsamość została zweryfikowana na podstawie (rodzaj dokumentu).....

.....
(Podpis pracownika N ZOZ ŁCM w Lubaniu)

.....
(Czytelny podpis odbierającego)

*niepotrzebne skreślić