

Załącznik nr 2 do P- OA-01

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(kopia, nośnik elektroniczny, wgląd po zakończeniu hospitalizacji)

Tomaszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

ul. Jana Pawła II 35, 97-200 Tomaszów Mazowiecki

Dane pacjenta:

.....Pesel:

(imię i nazwisko, PESEL)

.....tel.

(adres zamieszkania, telefon)

Dane dotyczące udzielonego świadczenia/rodzaj dokumentów

- Nazwa Poradni..... (data) od.....do
- (data) od.....do
- Nazwa Oddziału(data) od do
-(data) od do
- SOR/NPL (data).....
- Płyta RTG/MR/TK (data badania)
- Inne

Ja, niżej podpisany/a zwracam się z prośbą o sporządzenie i wydanie kopii /nośnika elektronicznego* dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby, a znajdującej się w Państwa posiadaniu. Oświadczam, że wniosek o wydanie ww. dokumentacji jest składany po raz pierwszy/wniosek o wydanie ww. dokumentacji jest kolejnym wnioskiem*. Ww. dokumentację otrzymałem pierwszy raz w dniu

Zobowiązuję się ponieść koszty wykonania kserokopii/nośnika elektronicznego* ww. dokumentacji (nie dotyczy wniosku o wydanie danej dokumentacji medycznej składanego po raz pierwszy).

Ja, niżej podpisany/a zwracam się z prośbą o możliwość wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby, a znajdującej się w Państwa posiadaniu.

.....

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzam otrzymanie kopii/nośnika elektronicznego* dokumentacji medycznej
(potwierdzenie w dniu odbioru).

.....

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

(*niepotrzebne skreślić)

Podstawa prawna: art. 26 i 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

(tj. Dz.U. 2019r., poz. 1127 ze zm.)

(odbiór dokumentów osobiście z dowodem tożsamości lub z upoważnieniem)