



Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PODMIOTOM LECZNICZYM

Uwaga!

W przypadku podmiotów leczniczych, składających wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej, osobą wnioskującą w imieniu danej instytucji musi być lekarz, związany bezpośrednio z procesem diagnostycznym pacjenta, którego dokumentacja dotyczy. Jako element weryfikacji tożsamości lekarza należy wpisać jego numer prawa wykonywania zawodu.

Dane Wnioskodawcy, nazwa podmiotu adres, dane kontaktowe:

Imię, Nazwisko lekarza wnioskującego:	Numer prawa wykonywania zawodu:
---------------------------------------	---------------------------------

Telefon kontaktowy:
Adres e-mail:

Dane Pacjenta

Nazwisko Imię::	
-----------------	--

PESEL																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania	
--------------------	--

Wnioskuję o wydanie:	<input type="checkbox"/> wydanie kserokopii dokumentacji medycznej <input type="checkbox"/> udostępnienie dokumentacji w innej formie (np. do wglądu, wyciąg, odpis, skan) <input type="checkbox"/> wydania kopii wyników badań obrazowych na płycie CD
----------------------	---

Dokładny zakres dokumentacji medycznej:	
---	--

Udostępnione materiały	<input type="checkbox"/> odbiorę osobiście, <input type="checkbox"/> odbierze osoba upoważniona: nazwisko, imię, data ur. osoby upoważnionej <input type="checkbox"/> proszę przesłać listem poleconym, <input type="checkbox"/> przesyłką kurierską na podany adres : <input type="checkbox"/> Zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów wysyłki listem poleconym, zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej lub opłaty kurierskiej. Nr konta: 55 8131 0005 0013 6943 2000 0010, (Bank Spółdzielczy w Węgierskiej Górcie) . Tytuł przelewu : „Dokumentacja medyczna”
------------------------	--

Data i czytelny podpis lub pieczętka z parafką Wnioskodawcy:	
--	--

Wniosek w formie papierowej należy przesłać na adres: Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej, 43-360 Bystra, Ul. Fałata 2. W przypadku składania wniosku w formie e-mail: **Scan wniosku**, po wypełnieniu, należy przesłać w formie **zaszyfrowanej** wiadomości e-mail na adres: sekretariat@szpitalbystra.pl a następnie wniosek w formie papierowej przesłać pocztą na adres Centrum j/w.
Hasło do odszyfrowania wiadomości należy przesłać na numer telefonu komórkowego: 503015640.



Wypełnia Pracownik Centrum

Wydano:

- 1) Ilość skopiowanych stron
- 2) Ilość skopiowanych płyt CD
- 3) Inne:.....

! Jeśli wydano wyniki badań diagnostycznych należy dodatkowo wpisać datę wykonania badania

data wykonania badania:

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

..... / / r.

data, czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację:

Podstawa prawna udostępnienia dokumentacji medycznej:

1. art. 26, 27 i 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2019 r. poz. 150)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
3. Art. 9 ust. 2 lit. h) RODO