

WSSDz im. św. Ludwika w Krakowie	PROCEDURA UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, WYDAWANIA ZAŚWIADCZEŃ	Nr dokumentu: P/MED/39/2015	Wydanie: <i>1</i>	Obowiązuje od: 10.12.2015
		Strona: <i>1</i>		
<i>Niniejszy dokument jest własnością MCRD. Zabrania się dokonywania zmian w treści, kopiowania i rozpowszechniania bez zgody Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością.</i>				

Wniosek
o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

F1/P/MED./39/2015

DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL.....Numer telefonu kontaktowego.....

Nr dowodu tożsamości:.....

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA MEDYCZNA:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL.....

DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA W PORADNI:

nazwa poradni.....

DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA W SZPITALU:

POBYT OD.....DO.....

Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań)

Wnioskuje o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej w celu:

- a. dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym,
- b. niezwiązanym z dalszym leczeniem.

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. św. Ludwika w Krakowie.

Dokumentację medyczną:

- a) odbiorę osobiście;
- b) odbierze osoba przeze mnie upoważniona.
- c) za pośrednictwem poczty

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie udostępnienia

Tożsamość osoby odbierającej kopię (wyciąg, odpis) dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

..... nr
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

Ilość stron

Wniesiono opłatę (gotówką/przelewem) w wysokości zł; słownie:.....

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....
(data, podpis i pieczęć pracownika wydającego)