

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*

Wniosek można składać osobiście / przez osobę upoważnioną na piśmie/ mailowo na adres: administracja@ujastek.pl

I. Dane wnioskodawcy / opiekuna prawnego dziecka:

Imię i nazwisko: PESEL:

Telefon kontaktowy: e-mail (do wystawienia FV proforma):

Stanowisko**

II. Dane pacjenta (należy wypełnić tylko wtedy, gdy dokumentacja medyczna NIE DOTYCZY wnioskodawcy)

Imię i nazwisko: PESEL:

Telefon kontaktowy: e-mail (do wystawienia FV proforma):

III. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie***:

wglądu do dokumentacji medycznej w siedzibie Szpitala / Poradni (po wcześniejszym uzgodnieniu terminu) - **nieodpłatnie**

wydania kserokopii dokumentacji medycznej (potwierdzonej za zgodność z oryginałem) - **0,30 zł za 1 stronę kopii***

Leczenie szpitalne:	Poradnia (leczenie ambulatoryjne)
<input type="checkbox"/> całość dokumentacji medycznej z Oddziału Położniczo-Ginekologicznego	Nazwa poradni:
<input type="checkbox"/> całość dokumentacji medycznej z Oddziału Neonatologicznego	
<input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna Izby Przyjęć	
<input type="checkbox"/> karta informacyjna leczenia szpitalnego	
<input type="checkbox"/> protokół operacyjny	
<input type="checkbox"/> wynik badania:	

Dokumentacja medyczna dotyczy pobytu / wizyty: od ____ - ____ - ____ r. do ____ - ____ - ____ r.

duplikat Książeczki Zdrowia Dziecka (dane w duplikacie odpowiadają okresowi pobytu dziecka w Szpitalu UJASTEK) - **30 zł***

wydanie wyników badań diagnostyki obrazowej (RTG, MR, Mammografia) - **na płycie CD 1,70 zł***

Uwaga! Nie wydawana jest kopia dokumentacji medycznej na CD (podstawa prawna: art.27 pkt.3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn. 6 listopada 2008 r. z późn. zm. (Dz.U.2016 poz. 1318)).

Odbiór dokumentacji medycznej***:

osobiście list polecony za potwierdzeniem odbioru przez osobę upoważnioną wskazaną w dokumentacji medycznej

przez osobę upoważnioną, której upoważnienie załączam do wniosku, po okazaniu dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do odbioru

* podstawa prawna: art. 26, ust 1 oraz art.. 28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn.6 listopada 2008 r. z późn. zm. (Dz.U.2016 poz. 1318);

** dot. Pracownika Grupy Neomedic;

*** zaznaczyć właściwe

IV. Informacje dodatkowe:

- Termin udostępnienia dokumentacji do 14 dni roboczych.
- W przypadku odbioru osobistego lub przez osobę upoważnioną dokumentacja jest wydawana w Recepcji Szpitala (dot. dokumentacji szpitalnej) lub w Dziale Obsługi Pacjenta (dot. dokumentacji leczenia ambulatoryjnego) po okazaniu paragonu/ faktury. Niezależnie od rodzaju wydawanej dokumentacji (Szpital/ Poradnia) płatność należy uiścić w Dziale Obsługi Pacjenta.
- W przypadku wysyłki listem poleconym dokumentacja zostanie wysłana na adres wskazany w poz. I wniosku. Do kosztów wykonania kopii zostanie doliczona opłata za przesyłkę poleconą za zwrotnym potwierdzeniem odbioru (wg stawek Poczty Polskiej).
- Na wskazany we wniosku adres mailowy zostanie wysłana faktura proforma, na podstawie której należy dokonać wpłaty.
- Dane do przelewu: Centrum Medyczne Ujastek Sp. z o.o. na rachunek w ING Bank Śląski S.A. o numerze: **97 1050 1445 1000 0023 6487 0812**.
- W celu przyspieszenia realizacji wniosku, prosimy o odesłanie potwierdzenia dokonania wpłaty na adres mailowy: administracja@uiastek.pl

.....

data / czytelny podpis wnioskodawcy

.....

data / czytelny podpis przyjmującego wniosek

POTWIERDZENIE WYDANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(wypełnia pracownik CMU)

Data wydania dokumentacji medycznej: ____ - ____ - ____ r.

Dokumentację odebrał:

(imię i nazwisko osoby odbierającej dokumentację)

Pobrano opłatę w wysokości

paragon/faktura z dnia: ____ - ____ - ____ r.

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

.....

czytelny podpis pracownika CMU

Dokumentacja została sprzedana i zaakceptowana do wydania**

TAK

NIE*

Data: ____ - ____ - ____ r.

.....

Podpis / pieczętka Dyrektora ds. Medycznych / Kierownik Medyczny ds. Opieki Ambulatoryjnej /osoby upoważnionej przez dyrektora / kierownika

* zaznaczyć właściwe

** dotyczy CMU w przypadku wydania dokumentacji do ZUS / Sąd / Instytucje inne