

NIP
REGON
ADRESSalve Medica Sp. z o.o. Sp.k.
8331398288
101297170
ul. Szparagowa 10
91-211 Łódź
42 254 64 00/01
www.salvemedica.pl

WNIOSEK

o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej
leczenia w Salve Medica Sp. z o.o. Sp.k.

1. DANE WNIOSKODAWCY:

Nazwisko i Imię lub nazwa podmiotu uprawnionego: _____

Adres zamieszkania/siedziby: _____

PESEL (w wypadku składania podmiotów uprawnionych proszę wpisać NIP):

Tel.: * _____ E-mail: * _____

2. DOKUMENTACJA DOTYCZY PACJENTA: (wypełnić, jeśli Wnioskodawcą nie jest pacjent)

Nazwisko i Imię: _____

Adres zamieszkania: _____

PESEL:

3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w:

• Nazwa poradni/gabinetu/oddziału: _____

• Data lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniana: _____

4. Wnioskuje o: (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu)

- wydanie dokumentacji na nośniku elektronicznym
- sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem
- wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie Salve Medica Sp. z o. o. Sp.k.
- sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej
- sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej
- wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu (tylko dla uprawnionych podmiotów)

5. Dokumentacja medyczna: (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu)

- zostanie odebrana osobiście
- zostanie wysłana elektronicznie
- proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Salve Medica Sp. z o. o. Sp.k. oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej.

Łódź, Czytelny podpis
wnioskującego: Czytelny podpis
przyjmującego wniosek:

DECYZJA

w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej Pacjentowi

ZGODA

ODMOWA (w przypadku odmowy, konieczne jest podanie przyczyny odmowy na piśmie):

Łódź, dnia:

Podpis i pieczęćka Dyrektora/osoby upoważnionej:

POTWIERDZENIE ODBIORU

kopii dokumentacji medycznej

1. Tożsamość osoby obierającej kopię dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie dokumentu tożsamości.

Czytelny podpis pracownika:

2. Pobrano opłatę w wysokości: _____

za: (podać ilość) _____ stron dokumentacji medycznej.

Łódź, dnia:

Czytelny podpis osoby odbierającej
kopię dokumentacji:

3. Wysłano listem poleconym, nr nadawczy: _____

dnia: _____

_____ stron dokumentacji medycznej.

Łódź, dnia:

Czytelny podpis pracownika
wydającego dokumentację:

POTWIERDZENIE ODBIORU

oryginału dokumentacji medycznej

1. Tożsamość osoby obierającej kopię dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie dokumentu tożsamości.

Czytelny podpis pracownika:

2. Zobowiązuję się do zwrotu oryginałów dokumentacji medycznej niezwłocznie po wykorzystaniu, _____

Łódź, dnia:

Czytelny podpis osoby
odbierającej kopię dokumentacji:

Czytelny podpis pracownika
wydającego dokumentację: