



„Szpital Miejski w Rabce-Zdroju” sp. z o.o., ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój
tel.: (18) 26-77-001; fax (18) 26-77-001
www. szpitalwrabce.pl, adres e-mail: sekretariat@szpitalwrabce.pl;

WNIOSK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ

Imię i Nazwisko: PESEL

adres zamieszkania: ul.: nr:

kod pocztowy: poczta:

telefon kontaktowy:

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA (wypełnić w przypadku, gdy inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko: PESEL

3. SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA: Kserokopia / Wyciąg / Odpis / Do wglądu / Zdjęcia RTG

z leczenia w **Oddziale:**

Całość / Historia choroby / Karta informacyjna / Wyniki badań / Zdjęcia RTG

z leczenia w **Poradni:**

Całość / Zapisy wizyt lekarskich / Wyniki badań / Zdjęcia RTG

z leczenia w **Izbie Przyjęć**

Karta Informacyjna / Zdjęcia RTG

Za okres od: do

Zdjęcia RTG zobowiązują się zwrócić do dnia

Wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście

Wnioskowaną dokumentację proszę wysłać na ww. adres za zaliczeniem pocztowym

Wnioskowaną dokumentację proszę udostępnić na informatycznym nośniku danych

Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/Pana

dowód osobisty nr

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z obowiązującym w „Szpitalu Miejskim w Rabce-Zdroju” sp. z o.o. Cennikiem udostępniania dokumentacji, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych ze sporządzeniem kserokopii/ odpisu/ wyciągu dokumentacji medycznej oraz pokrycia kosztów wysyłki za pobraniem – zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej. W przypadku nieodebrania przesyłki koszt zostanie powiększony o kwotę zwrotu do nadawcy.

„Szpital Miejski w Rabce-Zdroju” zastrzega sobie prawo dochodzenia ewentualnych roszczeń na drodze postępowania sądowego, obejmujących koszt sporządzenia kserokopii/ odpisu/ wyciągu dokumentacji, koszt przesyłki, kosztów sądowych.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej

.....
Data

.....
Czytelny podpis odbierającego

Data i podpis osoby udostępniającej dokumentację

.....
Data

.....
Czytelny podpis udostępniającego