Zał. nr 1 do procedury udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta, obowiązujące w UDSK Białystok

Data wpływu: …………………

Lp.: …………………………….

**I WNIOSKODAWCA:**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………….…...

Adres zamieszkania: ……………………………………..………..…..…………………………………….……………...

Numer telefonu kontaktowego: …………………………………..……………………………………..………………….

Działając jako:

rodzic  inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy  opiekun prawny  opiekun faktyczny

inny podmiot: jaki/z jakiego tytułu: ……………………………………………..…………..…………………………...

**II DANE PACJENTA**, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko: …………………………………....………….……………………………..…………………………….…

PESEL: ……………………………………………………………………..………….…………….………………………..

**III WNIOSKUJĘ O:**

Sporządzenie kserokopii/wydruk dokumentacji

Sporządzenie kserokopii/wydruk dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem

Wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie szpitala

Sporządzenie wyciągu/odpisu z dokumentacji medycznej

Przygotowanie dokumentacji w wersji elektronicznej (dot. badań obrazowych)

Wydanie oryginału za potwierdzeniem z zastrzeżeniem jej zwrotu (tylko dla uprawnionych podmiotów)

**IV RODZAJ I ZAKRES DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Klinika/Oddział** | Nazwa: ……………………………………..….…….………………….……..………..……….……  w okresie od: ……..…..…….……..….......……….… do: ……..…..…….……..….......……….…  Pełna dokumentacja medyczna  Karta informacyjna  Badanie obrazowe na CD (rodzaj badania) ………………………………………...  Wyniki badań  Inne: ………………..….…………..…………………....……….…..…….………..…….…. |
| **Poradnia** | Nazwa: …………………….…..……….…………………………………………….………….……  w okresie od: ……..…..…….……..….......……….… do: ……..…..…….……..….......……….…  Pełna dokumentacja medyczna/historia choroby  Badanie obrazowe na CD (rodzaj badania) ………………………………………...  Wyniki badań  Inne: ………………………………………………………..…………….…………..…….…. |

Pierwsze udostępnienie żądanej dokumentacji

Kolejne żądanie o udostępnienie dokumentacji medycznej

**V WNIOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ:**

Odbiorę osobiście

Odbierze osoba upoważniona:

Imię i nazwisko: ………………………………………….…………………..……………………………………………….

PESEL: ………………………………………………………………………………………………………………………..

Proszę wysłać na adres jak w punkcie I

Proszę wysłać e-mail na adres: ………………………..………………………….……….…………………………..

**Oświadczam, iż:**

1. Zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w UDSK w Białymstoku.
2. Pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą).

**IV ZWROT ORYGINALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

(wypełnia się w przypadku wypożyczenia oryginalnej dokumentacji medycznej pacjenta)

Zobowiązuję się do zwrotu do Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L. Zamenhofa w Białymstoku oryginalnej dokumentacji medycznej w terminie do …………………………...……………………..…..

………………………………………….. ……………………………………

Miejscowość, data Podpis wnioskodawcy

Akceptacja Dyrektora/Radcy Prawnego: …………………………………………………………………………………...

**Potwierdzenie odbioru/wysyłki żadnej dokumentacji przez wnioskodawcę:**

Data i podpis odbierającego: ……………………………………………………………………………….…………..…...

Potwierdzenie wysłania listem/e-mail: ………………………………………………………….……………………….....