

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

nr wniosku: (wypełnia pracownik Sekcji Dokumentacji UCK)
--

Gdańsk, dnia

Dane wnioskodawcy:

*imię i nazwisko:.....

*numer tel. / e-mail kontaktowy:.....

*adres zamieszkania:.....

ulica:....., nr domu/mieszkania:.....

kod pocztowy:....., miasto:.....

*rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości:.....

Dane pacjenta (wypełnić jeśli inne niż powyżej):

*imię i nazwisko:.....

*PESEL / data urodzenia:.....

*numer tel. / e-mail kontaktowy:.....

*adres zamieszkania:.....

ulica:....., nr domu/mieszkania:.....

kod pocztowy:....., miasto:.....

Proszę o przygotowanie i udostępnienie:

- KOPIA WYDRUK WYCIĄG ZAŚWIADCZENIE ODPIS
 NOŚNIK ELEKTRONICZNY (CD i inne) WGLĄD

z leczenia w UCK - Klinice/Oddziale/Poradni/Pracowni/Zakładzie.....

za okres od do

Strona 1 z 2

Zakres żądanych informacji:

- CAŁOŚĆ HISTORIA CHOROBY KARTA INFORMACYJNA WYNIKI BADAŃ
- DOKUMENTACJA MEDYCZNA PROCESU PIELĘGNOWANIA ZAPIS WIZYTY LEKARSKIEJ
- INNE (wymień jakie)

Oświadczenia wnioskodawcy:

***Oświadczam, że zapoznałem/łam się z cennikiem udostępnienia dokumentacji medycznej obowiązującym w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku.**

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

*****Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Pana/Panią:.....**
legitymującego/cą się dokumentem tożsamości (rodzaj, seria, numer):.....

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

****Oświadczam, że wnioskowana dokumentacja medyczna będzie wykorzystana w celu kontynuacji leczenia ww. pacjenta.**

.....

Pieczętka i podpis lekarza wnioskującego o udostępnienie dokumentacji medycznej

Potwierdzenie odbioru wnioskowanej dokumentacji:

******Numer faktury, numer paragonu, kserokopia wezwania na komisję ZUS, KRUS**

******Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości osoby odbierającej dokumentację**

******Potwierdzenie tożsamości wnioskodawcy**

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....

.....

data i podpis osoby odbierającej dokumentację

data i podpis osoby udostępniającej dokumentację

*** Pole wypełnia pacjent/wnioskujący, ** Pole wypełnia lekarz, *** Pole wypełnia pacjent**

******Pole wypełnia pracownik Sekcji Dokumentacji**