

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Podanie przyjęte drogą telefoniczną	
TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
..... (podpis pracownika Sekcji Dokumentacji)	

nr wniosku:
(wypełnia pracownik Sekcji Dokumentacji UCK)

Gdańsk, dnia

Dane pacjenta:

*imię i nazwisko:.....

*PESEL / data urodzenia:.....

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

*adres zamieszkania:.....

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

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

Dane wnioskodawcy:(wypełnić w przypadku gdy wnioskującym nie jest pacjent)

*imię i nazwisko:.....

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

*adres zamieszkania:.....

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

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

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

Udostępnienie: pierwszorazowe udostępnienie kolejne udostępnienie
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

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*