ZASADY UDZIELANIA INFORMACJI I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W INSTYTUCIE MATKI I DZIECKA

Warszawa, dn. .............................

# Do Z-cy Dyrektora ds. Klinicznych

# Instytut Matki i Dziecka

# ul. Kasprzaka 17A

# 01-211 Warszawa

Tel. 22 32-77-050

 email: dokumentacja.medyczna@imid.med.pl

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wniosek składany po raz pierwszy: 🞏 wniosek składany po raz kolejny 🞏

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

Imię i nazwisko ..........................................................................................................................................

Adres zamieszkania ...................................................................................................................................

Data urodzenia ..................................................Miejsce urodzenia............................................................

PESEL........................................................................................................................................................

Leczonego w (jaka poradnia, jaki oddział) ………………………………………………………………

.................................................w okresie....................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | kopia |  | kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem |  | zapis na elektronicznym nośniku danych |
|  |  |  |  |  |  |
|  | skan wysłany drogą email\* |  | adres email: ……………………….……………………………………... |  | Inne (odpis/wyciąg) |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Kopia opisu operacji |  | wydruk/kopia wyników badań |  |  |

\*Dokumentacja przesyłana w formie skanu nie może zawierać więcej niż 15 stron i nie dotyczy kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem

**Zostałem zapoznany z obowiązującą ceną za wnioskowane usługi zgodnie z Cennikiem IMID.**

**DANE WNIOSKODAWCY**

Imię i nazwisko..........................................................................PESEL.....................................................

Adres zamieszkania....................................................................................................................................

Telefon kontaktowy....................................................................................................................................

Rodzaj dokumentu tożsamości.............................................seria i numer.................................................

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 26 i 27 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów art. 28 w/w Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

**Wyrażam zgodę na wydanie kopii mojej dokumentacji medycznej (dotyczy pacjenta, który ukończył 16 lat a nie jest wnioskodawcą).**

………………………………………

data i czytelny podpis wnioskodawcy

…………………………………….

data i czytelny podpis pacjenta

**decyzja z-cy dyrektora**

**potwierdzam sprawdzenie dokumentacji**

**podpis kierownika Kliniki/Oddziału/Ambulatorium**

**OŚWIADCZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO DOKONANIU OPŁATY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** |  | **odbiór osobisty (opłata w kasie IMiD)** |
|  |  |  |
| **2.** |  | **przesyłka pocztowa (przedpłata/wpłata na konto)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Oświadczam, że w dniu ................................................ odebrałam (-łem) dokumentację medyczną pacjenta

......................................................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

Liczba stron dokumentacji: ................................ opłata w kwocie……………………………………...

............................................................

data i czytelny podpis kasjera

.............................................................. ..................................................................

czytelny podpis osoby odbierającej czytelny podpis osoby wydającej