

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko	PESEL
Kod pocztowy i miejscowość:	Ulica i numer domu:
Telefon kontaktowy:	e-mail:

Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja (wypełnić gdy dane inne niż powyżej):

Imię i nazwisko	PESEL

Proszę o:

- Wydanie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem
- Sporządzenie i wydanie odpisu,
- Sporządzenie i wydanie wyciągu z dokumentacji medycznej,
- Udostępnienie dokumentacji do wglądu
- Wydanie oryginału dokumentacji (dot. organów władz publicznych i/lub sądów)

Z leczenia/ wykonania badania w NU-MED CDiTO TM II:

- Oddziale Radioterapii – tryb ambulatoryjny P/Oddziale Chemioterapii Poradni Onkologicznej
- Oddziale Radioterapii – tryb stacjonarny Oddziale Chemioterapii Jednodniowej

Rodzaj dokumentacji :

- historia choroby, za okres od..... do.....
- karta informacyjna leczenia szpitalnego, za okres od..... do.....
- badanie z dnia
- inna – jaka.....

CZY CEL WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ SŁUŻY PROFILAKTYCE, ZACHOWANIU, RATOWANIU, PRZYWRACANIU I POPRAWIE ZDROWIA?

- TAK NIE

Dokumentację odbiorę:

- osobiście proszę wysłać na adres/adres e-mail.....
- upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej
(imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Tomaszów Mazowiecki II

Data złożenia wniosku:	Podpis osoby składającej wniosek:

WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dotyczy odbioru osobistego dokumentacji medycznej

Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

Imię i nazwisko	Numer dokumentu tożsamości	Data	Podpis

Dotyczy dokumentacji medycznej przekazanej korespondencyjnie

Przekazano do Sekretariatu:	Liczba stron dokumentacji:	Data:	Wysłano: <input type="checkbox"/> listem poleconym <input type="checkbox"/> kurierem
-----------------------------	----------------------------	-------	--

Dane osoby wydającej dokumentację medyczną:

Imię i nazwisko	Data	Podpis

Dotyczy wydania oryginału dokumentacji medycznej:

Wykonano dokumentację medyczną, termin zwrotu oryginału ustalono na.....

Potwierdzenie zwrotu wydanego oryginału dokumentacji medycznej:

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej pacjenta Dokumentacja jest kompletna i nieuszkodzona.	
Data i podpis osoby zdającej:	Data i czytelny podpis osoby odbierającej: