

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Centrum Telemedyczne EkoMedika
RPWDL 000000178636, REGON: 24100656200115
Stanisława Moniuszki 26a,
41-902 Bytom

Wniosek można wysłać mailowo pod adres dokumentacja@ekomedika.pl – podpisany elektronicznie podpisem kwalifikowanym lub podpisem zaufanym (z wykorzystaniem profilu zaufanego). Wniosek podpisany ręcznie należy wysłać pod adres Centrum Telemedyczne EkoMedika, Dział Rejestracji Pacjentów i Archiwum Chorych, ul. Stanisława Moniuszki 26a, 41-902 Bytom. Celem przyspieszenia wydania dokumentacji, zalecamy przesłanie skanu podpisanego dokumentu pod adres podany wyżej.

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji											
Imię i nazwisko											
Numer telefonu											
Adres zamieszkania	Nazwa ulicy						Numer domu		Numer mieszkania		
Kod pocztowy					Miejscowość						
PESEL											

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż Pacjent)											
Imię i nazwisko											
PESEL											

Wnioskuje o:	
☐	wydanie kopii dokumentacji medycznej
☐	wydanie wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej
☐	wydanie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych

Rodzaj dokumentacji medycznej:		
	Poradnia z której udostępniona zostanie dokumentacja	Okres leczenia (zakres dat, rok, całość)
☐	Centrum Ratunkowe EkoMedika (02/101)	
☐	Telemedyczna Poradnia Chorób Wewnętrznych (02/102)	
☐	Punkt Pielęgniarski w DPS nr 1 w Zabrze (03)	

Wnioskowaną dokumentację:			
	odbiorę osobiście¹		
	proszę wysłać na adres poczty elektronicznej:		
	proszę wysłać na adres:		
	Nazwa ulicy		Numer domu
	Kod pocztowy	Miejscowość	
	odbierze osoba upoważniona¹:		
	Imię i nazwisko	Seria i numer dowodu osobistego	

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami (Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). O kosztach i sposobie uiszczenia opłaty poinformujemy wiadomością SMS lub wiadomością elektroniczną. Oświadczam, iż dane podane w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Miejscowość i data

Podpis wnioskodawcy

¹ Odbiór możliwy jest w Bytomiu po uprzednim umówieniu terminu. Wymagane okazanie jest dokumentu tożsamości.

WSZYSTKIE POLA PONIŻEJ TEJ LINII WYPEŁNIA PRACOWNIK CT EKOMEDIKA

Potwierdzenie wydania dokumentacji							
dokumentacja wysłana pocztą na wskazany adres				Operator			
Data wysłania:				Numer nadania			
dokumentacja wysłana na wskazany adres poczty elektronicznej							
Data wysłania:							
odebrana osobiście przez pacjenta							
odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:							
		upoważnienie w dokumentacji medycznej,					
		upoważnienie w niniejszym wniosku,					
		odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).					
Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie					Rodzaj i numer dokumentu		
Ilość stron		Ilość nośników		Naliczono opłaty w wysokości	zł	gr	PLN
Nr Faktury			Data otrzymania płatności:				
Dodatkowe informacje							

Miejscowość i data_____
Podpis pracownika
wydającego dokumentację**WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU ODBIORU W CT EKOMEDIKA**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

Miejscowość i data_____
Podpis osoby
odbierającej dokumentację