

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z ZASOBÓW SP ZOZ OŚRODKA PROFILAKTYKI I LECZENIA UZALEŻNIEŃ

1. Dane osoby składającej wniosek:

imię i nazwisko

adres zamieszkania

PESEL

telefon

adres e-mail

2. Osoba składająca wniosek jest:

- pacjentem
- osobą upoważnioną przez Pacjenta
- przedstawicielem ustawowym Pacjenta
- osobą bliską zmarłego Pacjenta

3. Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek:

imię i nazwisko

PESEL

3. Zakres udostępnienia:

a) komórka organizacyjna

- Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia
- Poradnia Zdrowia Psychicznego
- Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu
- Dzienny Oddział Terapii Uzależnień od Środków Psychoaktywnych
- wszystkie komórki organizacyjne



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z ZASOBÓW SP ZOZ OŚRODKA PROFILAKTYKI I LECZENIA UZALEŻNIEŃ

b) okres leczenia

- cały okres leczenia
- określony okres leczenia _____

c) rodzaj dokumentacji

- historia choroby
- wypis(y) – wydanie kopii

d) sposób udostępnienia dokumentacji

- forma papierowa
- forma elektroniczna

4. Sposób odbioru dokumentacji:

- osobisty w siedzibie SP ZOZ OPIŁU
- w siedzibie SP ZOZ OPIŁU przez osobę upoważnioną
- przesłanie dokumentacji w formie elektronicznej na wskazany adres e-mail
- przesłanie dokumentacji listem poleconym

5. Dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji (jeśli dotyczy):

imię i nazwisko

Oświadczam, że w celu zachowania poufności oraz ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej przewidziany w art. 26–28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) oraz zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów sporządzenia kopii dokumentacji medycznej, ustalonych zgodnie z art. 28 ww. ustawy.

Podpis