



Kraków, dnia roku

LCR-510 -/.....

Dane OSOBY WNIOSKUJĄCEJ o wydanie dokumentacji (dane do faktury VAT):

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania: Miasto i Kod pocztowy

Telefon kontaktowy: e-mail:

DANE PACJENTA, którego dokumentacji medycznej dotyczy wniosek:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskującym jest osoba inna niż pacjent)

Imię i nazwisko: PESEL

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnoszę o:

- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie Kliniki w zakresie:
- udostępnienie wyciągu/odpisu/kopii/wydruku* dokumentacji medycznej w zakresie:
- udostępnienie dokumentacji medycznej za pośrednictwem e-mail w zakresie:
- udostępnienie dokumentacji medycznej na płycie CD w zakresie:
- udostępnienie zdjęć rentgenowskich wykonanych na kliszy za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu w zakresie:

Wnioskowaną dokumentację:

- proszę przesłać listem poleconym na wskazany wyżej adres zamieszkania
- proszę przesłać na wskazany wyżej adres e-mail
- odbiorę osobiście (Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie, ul. Montelupich 4, 31-155 Kraków)

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z obowiązującym w Uniwersyteckiej Klinice Stomatologicznej w Krakowie CENNIKIEM za udostępnienie dokumentacji medycznej, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą zobowiązuję się do pokrycia kosztów wysyłki).

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

Weryfikacja tożsamości Wnioskodawcy (pieczętka i podpis pracownika UKS)

Pracownik przygotowujący dokumentację medyczną oraz Potwierdzenie przez Dyrektora UKS, że wniosek jest zgodny z potwierdzający uprawnienia do odbioru dokumentacji: powszechnie obowiązującym prawem:

.....
(data i czytelny podpis pracownika)

.....
(data i podpis Dyrektora UKS)

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Do zapłaty:

- KDM str. x zł =
- KDM na CD szt. x zł =
- opłata pocztowa zł

RAZEM OPŁATY

Weryfikacja tożsamości osoby odbierającej:

.....
(data i czytelny podpis pracownika UKS)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej:

.....
(data i czytelny podpis odbierającego - opcjonalne)

*/ zaznaczyć właściwe (pole obowiązkowe)

POUCZENIE: **wyciąg:** skróty dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej; **odpis:** dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem; **kopia:** dokument wytworzony przez odzworowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odzworowania cyfrowego (skanu).