



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 wnoszącym 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 potwierdzający uprawnienia do odbioru dokumentacji:*

*Potwierdzenie przez wyznaczonego pracownika CR, iż dokumentacja została przygotowana poprawnie:*

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

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

**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:** skrótowy 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 odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu).