



INSTYTUT „POMNIK – CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”
Aleja Dzieci Polskich 20,
04 – 730 Warszawa

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

..... / / r.,
(data) (miejscowość)

.....
(data weryfikacji) (podpis pracownika dokonującego weryfikacji)

☐

AKCEPTACJA WNIOSKU

☐

ODMOWA REALIZACJI WNIOSKU

Wnioskuję o /należy zaznaczyć właściwy kwadrat/

☐

wykonanie kserokopii dokumentacji medycznej /wersja papierowa/

☐

wykonanie skanu dokumentacji medycznej /wersja cyfrowa z zapisem na płycie CD/DVD/

☐

**wykonanie skanu dokumentacji medycznej z wysyłką na adres email
(wymagane oświadczenie wnioskodawcy)**

☐

wgląd do dokumentacji medycznej

☐

wydanie kopii wyników badań obrazowych na płycie CD/DVD

Dane Wnioskodawcy												
Nazwisko:												
Imię:					PESEL:							
Adres zamieszkania												
Telefon kontaktowy					Adres e-mail:							
Dane Pacjenta												
Nazwisko:					Numer kartoteki:							/
Imię:					PESEL:							
Zakres udostępnienia dokumentacji medycznej												



Dokumentację medyczną:	☐ odbiorę osobiście
	☐ udostępnioną dokumentację medyczną odbierze Pan/Pani.....legitymujący/cą się nr.....
	☐ proszę przesłać na wskazany adres email:
	☐ proszę przesłać na wskazany adres korespondencyjny, (jeśli jest inny niż adres zamieszkania):
	☐ wyrażam zgodę na pokrycie kosztów przesyłki
	☐ list polecony ZPO ☐ przesyłka pobraniowa /płatna przy odbiorze/ Sposób uregulowania płatności - list polecony ZPO /za zwrotnym potwierdzeniem odbioru/.Dokumentacja zostanie wysłana na adres wskazany we wniosku, po uprzednim uregulowaniu przez Wnioskodawcę faktury przesłanej na wskazany przez Wnioskodawcę adres email. Wnioskodawca obowiązany jest przesłać „w odpowiedzi” na adres email potwierdzenie dokonania transakcji. W przypadku braku możliwości dokonania przelewu w polu „UWAGI” prosimy wpisać „ przesyłka pobraniowa ” /przesyłka przesłana na adres wskazany we wniosku - płatna przy odbiorze/. Wysokość opłat za przesyłkę regulują taryfy stosowane przez Poczta Polska S.A. Brak zgody Wnioskodawcy na pokrycie kosztów przesłania udostępnionej dokumentacji medycznej na adres korespondencyjny powoduje przekazanie udostępnionej dokumentacji medycznej do „odbioru osobistego” przez Wnioskodawcę lub upoważnioną osobę.
Potwierdzam dane zawarte we wniosku. <i>data i czytelny podpis Wnioskodawcy</i>	
Dokumentację do wglądu udostępniono dnia: Wykonano zdjęcia dokumentacji medycznej TAK/NIE (czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację) (czytelny podpis osoby, której udostępniono dokumentację)	

ADNOTACJE PRACOWNIKA IPCZD