

Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko wnioskodawcy/ów¹:

PESEL lub data urodzenia: Tel.

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej pacjenta/pacjentów:

Imię i nazwisko pacjenta: &

PESEL lub data urodzenia: &

Prowadzonej przez:

Centrum Ginekologii i Leczenia Niepłodności Vitrolive, Vitrolive Sp. z o.o. w Szczecinie, al. Wojska Polskiego 103

Cel wydania kopii dokumentacji medycznej:

☐ zakończenie leczenia

☐ przeniesienie do innego ośrodka

☐ inny:

Sposób odbioru kopii dokumentacji medycznej²:

☐ Osobiście

☐ Przez Portal Pacjenta

☐ pocztą poleconą na adres:

Wnioskodawca I

Wnioskodawca II

Osoba przyjmująca wniosek

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)

.....
(czytelny podpis)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody³ na wydanie kopii dokumentacji medycznej.

Uwagi:

.....

Dyrektor ds. jakości i rozwoju

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)

Potwierdzam przekazanie kopii dokumentacji medycznej:

Osoba przekazująca dokumentację

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej⁴:

Osoba odbierająca dokumentację

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)

¹ Wnioskodawcą może być pacjent, osoba uprawniona lub pisemnie upoważniona przez pacjenta do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej

² Kopia dokumentacji medycznej wydawana jest osobie uprawnionej w terminie 7 dni roboczych od daty wpłynięcia wniosku. W przypadku dokumentacji papierowej przechowywanej w archiwum zewnętrznym termin ten może ulec wydłużeniu do 14 dni roboczych. Za jedną stronę kopii pobierana jest opłata w wysokości 0,30 zł. W przypadku wydania dokumentacji po raz pierwszy Vitrolive nie nalicza opłat.

³ Niepotrzebne skreślić

⁴ Dotyczy odbioru osobistego