



PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA

CHEŁM ŚLĄSKI ul. Imielińska 189

Tel. 32 / 22 55 879 e-mail: nzozppl@gmail.com www.nzozppl.pl

WYKAZ DRUKÓW, WNIOSKÓW, ZGŁOSZEŃ

Działalność lecznicza obejmuje szczególne rodzaje świadczeń wymagających gromadzenia danych wrażliwych, a te podlegają szczególnej ochronie i zabezpieczeniu. Dążąc do zachowania bezpieczeństwa wszelkiej informacji w naszej przychodni personel został zobowiązany do przestrzegania regulaminów.

W zakresie pozyskania dokumentacji medycznej, odebrania wyniku badań medycznych, i na okoliczność innych sytuacji obowiązują poniżej załączone formularze.

W celu pozyskania dokumentacji proszę odpowiedni formularz wydrukować, podpisany przekazać do Rejestracji. Czas oczekiwania na wydanie dokumentu 7 dni. W przypadku niezgodności danych z posiadanymi w dokumentacji wniosek pozostaje bez rozpatrzenia.

WYKAZ DRUKÓW

LP	RODZAJ PROCEDURY MEDYCZNEJ	STRONA
1	WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA, OPINII, ORZECZENIA	2
2	UPOWAŻNIENIE DO JEDNORAZOWEGO ODBIORU WYNIKU BADAŃ	3
3	WNIOSEK O : WYDANIE ODPISU / KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ / PRZEKAZANIA KARTY SZCZEPIEŃ	4
4	WNIOSEK O WYDANIE I PRZEJĘCIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	5
5	WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	6
6	OŚWIADCZENIE D/T ODMOWY REALIZACJI ZALECEŃ MEDYCZNYCH	7

Potwierdzenie przygotowania i wydania dokumentu



PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA

CHEŁM ŚLĄSKI ul. Imielińska 189

Tel. 32 / 22 55 879 e-mail: nzozppl@gmail.com www.nzozppl.pl

Data

Imię i Nazwisko

Adres / Telefon / e-mail

PESEL lub NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA, OPINII, ORZECZENIA

Ja, niżej podpisany/a wnioskuję o wydanie :

zaświadczenia lekarskiego; opinii lekarskiej; orzeczenia lekarskiego

Rodzaj dokumentu :

dla potrzeb :

Uwagi :

.....
Podpis osoby wnioskującej lub prawnego opiekuna

Data i Podpis osoby odbierającej i potwierdzających zgodność danych

UWAGI.....

Potwierdzenie odbioru lub wysłania ;dn.

Potwierdzenie przygotowania i wydania dokumentu



PRYWATNA PRZYZCHODNIA LEKARSKA

CHEŁM ŚLĄSKI ul. Imielińska 189

Tel. 32 / 22 55 879 e-mail: nzozppl@gmail.com www.nzozppl.pl

Data

Imię i Nazwisko

Adres / Telefon / e-mail

PESEL lub NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

UPOWAŻNIENIE DO JEDNORAZOWEGO ODBIORU WYNIKU BADAŃ

Ja, niżej podpisany/a **upoważniam** jednorazowo do odbioru wyniku badania medycznego wykonanego w Prywatnej Przychodni Lekarskiej w Chełmie Śląskim

NAZWA BADANIA

niżej wymienionej osobie :

Pan/Pani

Imię Nazwisko

Nr DO lub Paszprtu

Telefon

Data i Podpis

PESEL

Data i Podpis osoby odbierającej i potwierdzających zgodność danych

Potwierdzenie przygotowania i wydania dokumentu



PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA

CHEŁM ŚLĄSKI ul. Imielińska 189

Tel. 32 / 22 55 879 e-mail: nzozppl@gmail.com www.nzozppl.pl

Potwierdzenie odbioru lub wysłania ;dn.

Data

Imię i Nazwisko

Adres / Telefon / e-mail

PESEL lub NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

WNIOSEK O :

WYDANIE ODPISU / KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ / PRZEKAZANIA KARTY SZCZEPIEŃ

Ja, niżej podpisany/a wnioskuję o przygotowanie i wydanie dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu Prywatna Przychodnia Lekarska z zakresu (wymienić okres leczenia, poradnię lub zakres wykonanych badań)

.....
.....

Zostałem/am poinformowany/a o konieczności poniesienia kosztów przygotowania w/w kopii/odpisów w przypadku powtórnego wnioskowania. W oparciu o regulacje prawne Parlamentu Unii Europejskiej przysługuje prawo do jednorazowego, nieodpłatnego otrzymania kopii dokumentacji medycznej.

W każdorazowo dla potrzeb zachowania ciągłości leczenia dokumenty są wydane bez opłaty, jednak wymagane jest udostępnienie otrzymanego pisma z ZUS, KRUS, NFZ ;ub innego podmiotu leczniczego. W przypadku wszelkich innych instytucji państwowych lub prywatnych nie przysługuje zwolnienie z opłaty.

Data i Podpis

PESEL

Data i Podpis osoby odbierającej i potwierdzających zgodność danych

Akceptacja wykonania zlecenia:

Opis zakresu wydanej dokumentacji ilość stron i potwierdzenie odwzorowania cyfrowego

.....

Potwierdzenie odbioru lub wysłania ;dn.

Potwierdzenie przygotowania i wydania dokumentu



PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA

CHEŁM ŚLĄSKI ul. Imielińska 189

Tel. 32 / 22 55 879 e-mail: nzozppl@gmail.com www.nzozppl.pl

Data

Imię i Nazwisko

Adres / Telefon / e-mail

PESEL lub NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

WNIOSEK O WYDANIE I PRZEJĘCIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/a wnioskuję o wydanie mojej dokumentacji medycznej prowadzonej w Prywatna Przychodnia Lekarska w poniżej wymienionych zakresach (wymienić poradnie)

.....
.....

Zostałem/am poinformowany/a, że z dniem przejęcia dokumentacji na podmiocie leczniczym nie ciąży obowiązek archiwizowania moich danych medycznych, zaś w przypadku zagubienia, zniszczenia nie będzie podstaw do ich odzyskania. Wniosek wydania dokumentacji realizowany jest bezpłatnie.

Data i Podpis

PESEL

Data i Podpis osoby odbierającej i potwierdzających zgodność danych

Akceptacja wykonania zlecenia:

Opis zakresu wydanej dokumentacji ilość stron i potwierdzenie odwzorowania cyfrowego

.....

Potwierdzenie odbioru lub wysłania ; dn.

Potwierdzenie przygotowania i wydania dokumentu



PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA

CHEŁM ŚLĄSKI ul. Imielińska 189

Tel. 32 / 22 55 879 e-mail: nzozppl@gmail.com www.nzozppl.pl

Data

Imię i Nazwisko

Adres / Telefon / e-mail

PESEL lub NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/a wnioskuję o wypożyczenie dokumentacji medycznej z zakresu :

.....
.....

dla celów NFZ, ZUS, KRUS, Szpital, Przychodnia

.....

Zobowiązuję się zwrócić otrzymaną dokumentację w okresie 5 dni roboczych; a w przypadku zagubienia, zniszczenia, kradzieży wypożyczonej dokumentacji medycznej przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność i nie będę rościł żądań w zakresie jej odtworzenia.

Data i podpis osoby uprawnionej Nr Dowodu Osobistego/Paszportu Nr Telefonu

Podpis osoby przyjmującej wniosek i wydającej dokumentację

Potwierdzenie odbioru lub wysłania ;dn.

Potwierdzenie zwrotu – przejęcia ;dn.

Potwierdzenie przygotowania i wydania dokumentudn.



PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA

CHEŁM ŚLĄSKI ul. Imielińska 189

Tel. 32 / 22 55 879 e-mail: nzozppl@gmail.com www.nzozppl.pl

Data

Imię i Nazwisko

Adres / Telefon / e-mail

PESEL lub NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

Oświadczenie d/t odmowy realizacji zaleceń medycznych

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z moim stanem zdrowia i jestem świadomy/a możliwości pogorszenia jego stanu i wystąpienia zagrożenia życia poprzez niestosowanie się do proponowanych mi zaleceń medycznych. Świadomie odmawiam wypełnienia proponowanych mi zaleceń lekarskich i przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność za mój stan zdrowia.

Data i Podpis

PESEL

Podpis osoby odbierającej oświadczenie

Podpis osoby będącej świadkiem

Potwierdzenie przygotowania i wydania dokumentu