

UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

02-097 Warszawa ul. Banacha 1a
Tel. 22 599 22 62, 22 599 23 56, fax 22 599 22 63
e-mail: arch@spsc.pl, ps@spsc.pl

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

1. Osoba występująca z wnioskiem*:

- pacjent, którego dokumentacja dotyczy przedstawiciel ustawowy pacjenta
 osoba upoważniona przez pacjenta inna osoba występująca z wnioskiem

2. Wnioskodawca:

Dane pacjenta: Imię i nazwisko PESEL..... Nr historii choroby..... Adres..... Nr tel. kontaktowego.....	Dane osoby występującej z wnioskiem: <i>(należy wypełnić wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)</i> Imię i nazwisko PESEL..... Adres..... Nr tel. kontaktowego.....
--	---

3. Upoważniam do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej:

(wypełnia tylko pacjent, a upoważnienie dotyczy dokumentacji medycznej, o której mowa w niniejszym wniosku)

Imię i nazwisko
PESEL lub data urodzenia

data i podpis pacjenta
lub pracownika uzupełniającego wniosek (w przypadku zgłoszenia ustnego)

Uwaga: w przypadku braku upoważnienia do dokumentacji medycznej nie zostanie ona udostępniona.

4. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej*:

a) miejsce oraz czas udzielania świadczeń zdrowotnych:

- Klinika lub Szpitalna Izba Przyjęć Przychodnia Specjalistyczna Zakład Rehabilitacji
 Zakład Radiologii Klinicznej, **w okresie**

b) rodzaj dokumentacji:

- historia choroby karta informacyjna płyta CD z badaniem RTG/TK/MR wynik sekcji zwłok,
inna dokumentacja medyczna:

c) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej:

- odbiór osobisty odbiór przez osobę upoważnioną wgląd w siedzibie podmiotu leczniczego
 przesłanie pocztą na adres wskazany w pkt 2 / inny:
 inne:

5. Oświadczenia:

- a) Oświadczam, że akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania. Oplata za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierana jest zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 186, z późn. zm.).

- b) Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
 c) Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez pracownika podmiotu leczniczego o wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.

.....
data złożenia wniosku i podpis osoby przyjmującej

.....
data i podpis wnioskodawcy

6. Decyzja o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej:

- zgoda na udostępnienie
 odmowa udostępnienia z powodu:
 braku upoważnienia, o którym mowa w pkt 3
 nieotrzymania w terminie 30 dni oryginału wniosku, w przypadku przesłania wniosku faxem lub drogą elektroniczną
 inne:

.....
data i podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji

7. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:

Potwierdzenie tożsamości osoby odbierającej wyciąg/ odpis/ kopię/ wydruk/ oryginał/ skan/ fotografię dokumentacji medycznej lub dokonującej wglądu do dokumentacji medycznej: <i>imię i nazwisko</i>	 <i>nazwa i nr dokumentu tożsamości</i>	
Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej: <i>data i podpis osoby wydającej dokumentację</i>	Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej: <i>data i podpis osoby odbierającej dokumentację</i>		
a) liczba udostępnionych stron b) liczba płyt CD c) wniesiono opłatę w wysokości d) dokumentacja poświadczona za zgodność z oryginałem <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
a) Dokumentację medyczną wysłano w dniu b) Odmowę udostępnienia dokumentacji medycznej wysłano w dniu <i>data i podpis osoby wysyłającej</i>			