



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:	Dane osoby występującej z wnioskiem:
Imię i nazwisko	<i>(należy wypełnić wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja.)</i>
PESEL	Imię i nazwisko
Nr historii choroby	PESEL
Adres	Adres
.....
Nr tel. kontaktowego	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,
 II 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 oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego. 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)

* właściwe zakreślić „X”

** wypełnia upoważniony pracownik Szpitala

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:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nazwa i nr dokumentu tożsamości)

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej:

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

a) liczba udostępnionych stron.....

b) liczba płyt CD.....

c) wniesiono opłatę w wysokości

d) dokumentacja poświadczona za zgodność z oryginałem Tak Nie

a) Dokumentację medyczną wysłano w dniu

b) Odmowę udostępnienia dokumentacji medycznej wysłano w dniu

.....
(data i podpis osoby wysyłającej)