

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

WYPEŁNIA WNIOSKUJĄCY

**DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL (lub data urodzenia, jeśli nie posiada): .....

**DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ** (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba inna niż pacjent)

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osoby pisemnie upoważnionej lub osoby bliskiej

(w przypadku śmierci pacjenta): .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

**Wnioskuje o:**

- Wydanie kopii dokumentacji medycznej
  - Dokumentacja medyczna we wskazanym, okresie leczenia
  - Wybrane dokumenty (jakie?).....
- Udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

**Zakres udostępnianej dokumentacji medycznej:**

Nazwa i adres oddziału / pracowni / poradni specjalistycznej:

.....

Za okres od: ..... do: .....

**Wnioskowaną dokumentację medyczną:**

- Odbiorę osobiście (za okazaniem dokumentu tożsamości)
- Proszę przesłać pocztą za potwierdzeniem odbioru na adres (koszty przesyłki za pobraniem pokrywa wnioskujący):

.....

- Proszę przesłać pocztą elektroniczną w formie zaszyfrowanego pliku na adres mailowy (hasło zostanie wysłane w wiadomości sms)

.....

- Odbierze osoba upoważniona (za okazaniem dowodu tożsamości)

imię i nazwisko, numer dokumentu:.....

**Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.**

.....

miejsowość, data

czytelny podpis – imię i nazwisko wnioskującego

**POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU**

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: .....

Pieczętka i podpis pracownika: .....

**POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Rodzaj:**

- Historia choroby nr/rok:.....
- Historia zdrowia i choroby poradni/oddziału.....
- Inna (jaka?).....

Łączna liczba stron: .....

**Forma udostępnienia dokumentacji medycznej**

- Wysłana pocztą na wskazany adres dnia:.....
- Odebrana osobiście przez pacjenta
- Odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - Upoważnienie w dokumentacji medycznej
  - Upoważnienie w niniejszym wniosku
  - Upoważnienie pisemne załączone do wniosku

**Udostępnienie dokumentacji:**

- Pierwszorazowe (nieodpłatne)
- Kolejne (naliczono opłaty zgodne z aktualnymi przepisami prawnymi) w wysokości:.....

Data pieczętka i podpis pracownika:.....

---

**POTWIERDZAM UDOSTĘPNIENIE WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI**

.....

*data i czytelny podpis osoby wnioskującej/upoważnionej*