

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko:

PESEL (data urodzenia, jeśli nie posiada):

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osoby pisemnie upoważnionej:

.....

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Wnioskuje* o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- wydanie kopii wyniku badania obrazowego na płycie CD/DVD
- sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej
- wydanie oryginału dokumentacji medycznej (po okresie ustawowego przechowywania)

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację*:

- odbiorę osobiście (za okazaniem dokumentu tożsamości)
- proszę przesłać pocztą za potwierdzeniem odbioru na adres (koszt przesyłki za pobraniem pokrywa wnioskujący):
- proszę przesłać pocztą elektroniczną w formie zaszyfrowanego pliku na adres mailowy.....
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

miejsowość, data

.....

podpis wnioskodawcy

.....

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dokumentacja medyczna*:

- wysłana pocztą na wskazany adres. Łączna liczba stron.....
- odebrana osobiście przez pacjenta. Łączna liczba stron.....
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - o upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - o odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Łączna liczba stron.....

Udostępnienie dokumentacji*:

- pierwsze (nieodpłatne)
- kolejne (naliczono opłaty zgodnie z aktualnymi wymaganiami prawnymi) w wysokości:
.....

Data, podpis pracownika udostępniającego dokumentację:

.....

POTWIERDZAM ODBIÓR WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI

data i czytelny podpis osoby wnioskującej/upoważnionej
(nie dotyczy udostępnienia w formie wysyłki pocztą lub e-mail)

.....

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

.....

data i podpis pracownika wydającego dokumentację

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i/lub RODO.

Wniosek zostanie rozpatrzony bez zbędnej zwłoki zgodnie z kolejnością jego wpływu do jednostki. W przypadku gdy dokumentację medyczną pacjenta zwraca się osoba nieupoważniona w dokumentacji, wówczas jest ona zobowiązana przedstawić pisemne upoważnienie od pacjenta, które należy dołączyć do wniosku. Szpital nie pobiera opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie.