|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| WNIOSEK O UDOSTĘNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **WNIOSKODAWCA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| data urodzenia (w przypadku braku PESEL) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nr telefonu |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| jestem pacjentem, którego dokumentacja dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta (wpisz jakim) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| posiadam upoważnienie pacjenta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| byłam/byłem osobą bliską dla pacjenta (wpisz jaką) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dotyczy wyłącznie osoby bliskiej uprawnionej do otrzymania dokumentacji pacjenta po jego śmierci, wskazanej w art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z ustawą: małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta  inny \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DANE PACJENTA (wypełnij, jeśli nie jesteś pacjentem, którego dokumentacja dotyczy)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| data urodzenia (w przypadku braku PESEL) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DOKUMENTACJA DOTYCZY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| okresu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **ZWRACAM SIĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W FORMIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| kopii | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| innej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| odbiór osobisty | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| odbiór przez osobę upoważnioną (wpisz imię i nazwisko oraz PESEL) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| wysyłka listem poleconym na adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  przekazanie dokumentacji prowadzonej w sposób elektroniczny za pomocą środków komunikacji elektronicznej na adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **OŚWIADCZENIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, że o dokumentację w żądanym zakresie wnioskuję  po raz pierwszy  po raz kolejny  oraz rozumiem i akceptuję sposób udostępnienia dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do poniesienia ewentualnych kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnych z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data i podpis wnioskodawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **NOTATKA PRACOWNIKA** |
| Dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  wydano kopię/wyciąg/odpis/wydruk (właściwe podkreślić) stron \_\_\_\_\_\_  wysłano listem poleconym kopię/wyciąg/odpis/wydruk (właściwe podkreślić) stron \_\_\_\_\_\_  wysłano za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej  udostępniono do wglądu  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data i podpis pracownika |