|  |
| --- |
| 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 kolejnyoraz rozumiem i akceptuję sposób udostępnienia dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do poniesienia ewentualnych kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnych z ustawą z dnia6 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 |