

WNIOSEK O UDOSTĘPIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. <u>WNIOSKODAWCA</u>														
Imię i nazwisko														
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>													
data urodzenia (w przypadku braku PESEL)														
adres														
nr telefonu														
2. <u>TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI</u>														
<p><input type="checkbox"/> jestem pacjentem, którego dokumentacja dotyczy</p> <p><input type="checkbox"/> jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta (wpisz jakim) _____,</p> <p><input type="checkbox"/> posiadam upoważnienie pacjenta</p> <p><input type="checkbox"/> byłam/byłem osobą bliską dla pacjenta (wpisz jaką) _____,</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> inny _____</p>														
3. <u>DANE PACJENTA (wypełnij, jeśli nie jesteś pacjentem, którego dokumentacja dotyczy)</u>														
Imię i nazwisko														
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>													
data urodzenia (w przypadku braku PESEL)														
adres														
4. <u>DOKUMENTACJA DOTYCZY</u>														
<p><input type="checkbox"/> dnia _____</p> <p><input type="checkbox"/> okresu _____</p>														
5. <u>ZWRACAM SIĘ O UDOSTĘPIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W FORMIE</u>														
<p><input type="checkbox"/> kopii</p> <p><input type="checkbox"/> innej _____</p>														

6. 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 _____

7. 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