

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*

Czas rozpatrywania wniosku – bez zbędnej zwłoki

1. Wnioskodawca: imię i nazwisko.....
adres:
tel. e-mail:

2. Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:
(imię i nazwisko pacjenta)
PESEL tel. kontaktowy
z leczenia w(oddział/ zakład/poradnia)
za okres

do wglądu w siedzibie oddziału/ zakładu/poradni;
poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii, wydruków;
poprzez wydanie oryginału dokumentacji medycznej za pokwitowaniem odbioru, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu - tylko na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta (*złożenie zobowiązania do zwrotu dokumentacji po wykorzystaniu*);
za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
na informatycznym nośniku danych.

3. Tytuł prawny:

wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy po raz pierwszy w żądanym zakresie;
wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy po raz kolejny w żądanym zakresie;
wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta po raz pierwszy w żądanym zakresie;
wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta po raz kolejny w żądanym zakresie;
wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta;
wnioskodawca jest osobą bliską o której mowa w art. 26 ust.2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

4. Sposób odbioru dokumentacji:

*dokumentację odbiorę osobiście/ przez osobę upoważnioną w siedzibie podmiotu leczniczego**
dokumentację proszę przesłać listem poleconym na adres podany we wniosku, z załączeniem faktury obejmującej koszt sporządzenia kopii i koszty przesyłki wg stawek Poczty Polskiej;
za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;

5. Oświadczenie:

Oświadczam, iż rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej udostępnienia/wysłania (ustalonych na zasadach określonych w obowiązujących przepisach) oraz ewentualnej wysyłki.

Równocześnie oświadczam, iż wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego. W przypadku nieodebrania w terminie do 3 miesięcy zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej będę zobowiązany/zobowiązana* do pokrycia kosztów sporządzonej kopii, na podstawie wystawionego rachunku bez podpisu.

Podpis przyjmującego wniosek

Podpis wnioskodawcy

.....

.....

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej	
Data
Podpis odbierającego	Podpis udostępniającego

* niepotrzebne skreślić