

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**Czas rozpatrywania wniosku – bez zbędnej zwłoki**

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej.

1. **Dane pacjenta:** imię i nazwisko:
PESEL lub data urodzenia: e-mail:
2. **Wnioskodawcą jest:** ☐ pacjent ☐ opiekun prawny (rodzic) ☐ inna osoba uprawniona do uzyskania dok. med.
imię i nazwisko:
Adres zamieszkania:
Dokument potwierdzający tożsamość pacjenta:
nr telefonu: e-mail:
3. **Dokumentacja dotyczy leczenia w:**
Poradni: - za okres:
Oddziale: - za okres:
Innej jednostce organizacyjnej: (podać jakiej): - za okres:
4. **Zakres dokumentacji medycznej:**
☐ historia choroby ☐ historia choroby wraz z historią piel. ☐ karta informacyjna ☐ raport z operacji
☐ wynik/-ki badań (podać jakie) ☐ inny zakres:
5. **Udostępnianie w żądanym zakresie:**
☐ po raz pierwszy ☐ po raz kolejny (opłata wg cennika*)
6. **Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej:**
do wglądu w siedzibie oddziału/ zakładu/poradni/ wraz z wykonaniem zdjęć, czy notatek;
poprzez sporządzenie kserokopii;
za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
na informatycznym nośniku danych (nagrane badania obrazowe np. RTG, TK, RM na płytę CD/DVD);
poprzez wydanie oryginału dokumentacji medycznej za pokwitowaniem odbioru, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta (złożenie zobowiązania do zwrotu dokumentacji medycznej po wykorzystaniu);
inne:
7. **Sposób odbioru dokumentacji:**
☐ za pośrednictwem Poczty Polskiej S.A. na adres podany we wniosku/ w dokumentacji medycznej pacjenta (opłata wg taryfy operatora Poczty Polskiej S.A.* - list polecony)
☐ odbiór osobisty/ przez pełnomocnika/ przez osobę upoważnioną:
.....
☐ Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z cennikiem udostępniania dokumentacji medycznej dostępnym w miejscu składania wniosku i zobowiązuje się pokryć ewentualne koszty udostępnienia i wysyłki dokumentacji Poczta Polska S.A. W przypadku **nieodebrania w terminie do 3 miesięcy** zleconej do udostępnienia dokumentacji medycznej, **zobowiązuję się pokryć ewentualne koszty udostępnienia dokumentacji oraz koszty związane z wysyłką** na adres wskazany we wniosku /w dokumentacji medycznej pacjenta.

.....
Podpis przyjmującego wniosek.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

ok

Notatka:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. Opłata za udostępnienie:

- ☐ bezpłatnie
- ☐ ilość stron przygotowanej dokumentacji medycznej: str. x zł za 1 str. =
- ☐ płyta CD/DVD: szt. x zł za 1 płytę =

2. Opłata za wysyłkę:

- ☐ format przesyłki poleconej:, wysokość opłaty pocztowej zł

Do zapłaty: (pkt 1 i 2)

Nr faktury

Imię i nazwisko osoby
uprawnionej do wystawienia faktury

3. Tryb wydania dokumentacji:

- ☐ odbiór osobisty/przez pełnomocnika/przez osobę upoważnioną
- data:, podpis os. wydającej:, podpis os. odbierającej:
- ☐ wysyłka za pośrednictwem Poczty Polskiej S.A.
- data:, podpis os. wysyłającej:
- ☐ potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej w miejscu:
- data:, podpis os. udostępniającej:, podpis os. wnioskującej:
- ☐ wysyłka za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
- data:, podpis os. wysyłającej:, hasło:

ef