

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Lubin, dnia

1. Wnioskodawca

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Numer telefonu kontaktowego:

Adres Zamieszkania: ulica.....nr domu..... nr lokalu.....

kod pocztowy..... miejscowość.....

2. Dane dotyczące pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

3. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji

- | | |
|--|---|
| ☐ pacjent, którego dokumentacja dotyczy | ☐ przedstawiciel ustawowy pacjenta |
| ☐ osoba upoważniona przez pacjenta | (w przypadku rodzica posiada pełną władzę rodzicielską) |
| ☐ przedstawiciel prawny | ☐ inna osoba występująca z wnioskiem |
| | (podstawa możliwości uzyskania dok. medycznej) |

4. Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej:

sporządzenie jej

- ☐ kopia ☐ wyciąg ☐ odpis
- ☐ umożliwienie wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

5. Miejsce oraz czas udzielania świadczeń zdrowotnych

nazwa oddziału/pracowni

okres leczenia:

6. Rodzaj dokumentacji medycznej:

- ☐ karta informacyjna ☐ wynik badania
- ☐ historia choroby ☐ inna dokumentacja

7. Dokumentację medyczną :

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ upoważniam do odbioru:
- imię i nazwisko
- PESEL/nr dowodu osobistego

- ☐ proszę przesłać listem poleconym na adres: ulica.....
- nr domu..... nr lokalu..... kod pocztowy..... miejscowość.....

☐ proszę przesłać drogą elektroniczną na adres e-mail:.....

.....
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

8. Oświadczam że o daną dokumentację medyczną wnioskuję

☐ po raz pierwszy

☐ po raz kolejny

Oświadczam, iż ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej. Zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów wykonania powyższej dokumentacji w zakresie kolejnej kopii tej samej dokumentacji medycznej stosownie do: ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zgodnie z obowiązującym cennikiem EMC Instytut Medyczny S.A. a w przypadku wysyłki pocztą także pokrycia kosztów przesyłki.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

9. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej

Potwierdzenie tożsamości osoby odbierającej wyciąg/odpis/kserokopię/płytę, dokumentacji medycznej lub dokonującej wglądu do dokumentacji medycznej

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nazwa i numer dokumentu tożsamości)

Potwierdzam wydanie
dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór
dokumentacji medycznej

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej)

10. Pobranie opłaty

Pobrano opłatę w wysokości za stron dokumentacji medycznej.