

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**CZĘŚĆ I****1. DANE WNIOSKODAWCY**

Imię i Nazwisko:

Dane umożliwiające kontakt:

Adres do korespondencji.....

Telefon.....

2. Wnioskodawca jest (właściwe zaznaczyć)☐ Pacjentem☐ Osobą upoważnioną przez pacjenta☐ Przedstawicielem ustawowym/ opiekunem prawnym☐ Jeżeli Wnioskodawca jest osobą bliską Pacjenta i występuje o dokumentację medyczną po śmierci pacjenta, należy wskazać relację z Pacjentem:

Poucza się, że po śmierci Pacjenta osoba bliska Pacjenta, którą jest 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, ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej, nawet jeżeli nie posiadała upoważnienia wydanego za życia Pacjenta, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

3. DANE PACJENTA (drukowanymi literami)

Imię i Nazwisko: Nr PESEL:

ZAKRES DOKUMENTACJI (np. historia choroby, wyniki badań, Karta Informacyjna,)

.....

.....

4. FORMA UDOSTĘPNIENIA☐ kopia☐ wyciąg☐ odpis☐ inne.....☐ do wglądu oryginału we wskazanej komórce organizacyjnej☐ preparaty i bloczki parafinowe z badania histopatologicznego nr.....**5. SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA:**☐ papierowa ☐ na nośnikach danych płyta CD (dotyczy wyników badań zakładu Diagnostyki Obrazowej)

Dokumentacja medyczna sporządzona w okresie od do

w
(proszę podać nazwę oddziału/zakładu/poradni)

6. Sposób odbioru:

- ☐ Dokumentację medyczną odbiorę **OSOBIŚCIE**
- ☐ Dokumentację medyczną **PROSZĘ WYŚLAĆ POCZTĄ** na wskazany w punkcie 1 adres
- ☐ Dokumentację medyczną **ODBIERZE OSOBA, KTÓRĄ UPOWAŻNIAM poniżej:**

Imię i Nazwisko: nr dokumentu tożsamości.....

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

7. Potwierdzenie odbioru:

- ☐ Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej (**pacjent/osoba upoważniona**):

Imię i Nazwisko: nr dokumentu tożsamości.....

.....
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną

UWAGA: Wnioskowana dokumentacja zostanie zniszczona, jeżeli NIE ZOSTANIE odebrana w ciągu 30 dni od daty poinformowania o gotowości do odbioru. Kolejne udostępnienie będzie płatne wg obowiązującego cennika.

CZĘŚĆ II (wypełnia archiwista)

Potwierdzam zgodność przygotowanej kopii dokumentacji medycznej z *Wnioskiem*.

Ilość stron:

Opłaty: ☐ zwolniony ☐ opłata za Kwota do zapłaty w wysokości
(patrz pkt. 5)

.....
Czytelny podpis pracownika

- ☐ Udostępniono do wglądu w siedzibie Spółki dokumentację medyczną

Zakres udostępnionej dokumentacji:.....
.....

.....
Data i podpis osoby której udostępniono

.....
Data i podpis pracownika udost. dokumentację medyczną

- ☐ Nie udostępniono dokumentacji medycznej z powodu.....

.....
Data i podpis pracownika