

.....
/ pieczęć komórki organizacyjnej/jednostki/.....
/ miejscowość /.....
/ data /**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Na podstawie art. 26 ustawy z 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.) proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

DANE WNIOSKODAWCY:

wnioskujący:	<input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy (opiekun) <input type="checkbox"/> upoważniony przez pacjenta <input type="checkbox"/> instytucja
imię i nazwisko:	
adres zamieszkania:	
PESEL: _ _ _ _ _	numer telefonu:
dokument tożsamości: ¹	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport
seria i nr dokumentu tożsamości:	
instytucja – nazwa ²	
instytucja - adres	
instytucja – telefon	
instytucja - e-mail	

ZAKRES WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI PACJENTA:

imię i nazwisko:	
adres zamieszkania:	
PESEL: _ _ _ _ _	numer telefonu:
sposób udostępnienia:	<input type="checkbox"/> do wglądu <input type="checkbox"/> przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku <input type="checkbox"/> przez wydanie oryginału <input type="checkbox"/> za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej <input type="checkbox"/> na informatycznym nośniku danych
e-mail: ³	
komórka organizacyjna/poradnia: / nazwa – kod cz. VII /	
zakres (od-do): / podać zakres dat /	od: _____ do: _____
sposób odbioru:	<input type="checkbox"/> osobiście <input type="checkbox"/> przesyłka pocztowa <input type="checkbox"/> poczta elektroniczna

1 wypełnić w przypadku gdy wnioskującym jest: przedstawiciel ustawowy (opiekun) lub upoważniony przez pacjenta

2 wypełnić w przypadku gdy wnioskującym jest instytucja

3 wypełnić w przypadku zaznaczenia sposobu udostępnienia (za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej)

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 26 i 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.) oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów art. 28 w/w Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
/ czytelny podpis Wnioskodawcy /

ODMOWA UDOSTĘPNIENIA WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI⁴:

powód odmowy:	<input type="checkbox"/> brak dokumentacji <input type="checkbox"/> brak możliwości weryfikacji wnioskującego <input type="checkbox"/> brak upoważnienia/brak zgody <input type="checkbox"/> brak uiszczenia opłaty
data odmowy:	
podpis osoby realizującej wniosek:	

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI

wnioskowaną dokumentację udostępniono dnia:	
sposób udostępnienia:	<input type="checkbox"/> do wglądu <input type="checkbox"/> przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku <input type="checkbox"/> przez wydanie oryginału <input type="checkbox"/> za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej <input type="checkbox"/> na informatycznym nośniku danych
zwolnienie z opłaty:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
naliczona opłata:	
podpis osoby realizującej wniosek:	

POTWIERDZENIE ODBIORU

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji
..... / czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację /
Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie dokumentu tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport - seria i nr:
..... / data i podpis osoby wydającej dokumentację /

⁴ wypełnić gdy dotyczy