

# WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane identyfikujące tożsamości **WNIOSKODAWCY**: (proszę wypełnić czytelnie)

Imię (imiona) wnioskodawcy / Nazwa podmiotu wnioskującego	
Adres zamieszkania wnioskodawcy / Adres siedziby podmiotu wnioskującego	
PESEL wnioskodawcy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Numer telefonu kontaktowego wnioskodawcy	

Status wnioskodawcy: (proszę określić kto występuje z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej)

Pacjent	Osoba upoważniona przez: Pacjenta Przedstawiciela ustawowego	Przedstawiciel ustawowy Pacjenta	Podmiot wskazany w art. 26 ust. 3 Ustawy <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proszę określić podstawę prawną działania:  .....

(1) Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce)

a. w formie:

1. do wglądu	2. kopii	3. odpisu	4. wyciągu	5. wydruku	6. na informatycznym nośniku danych	7. oryginału z obowiązkiem zwrotu <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. w zakresie: dokumentacja medyczna z

.....

(proszę określić nazwę komórki organizacyjnej)

c. za okres:

.....

.....

(od .....do..... / data udzielenia świadczenia)

(2) Dane identyfikujące tożsamości **PACJENTA**, którego dokumentacja medyczna dotyczy

Imię (imiona) Pacjenta	
Nazwisko Pacjenta	
Adres zamieszkania Pacjenta	
PESEL Pacjenta / w przypadku noworodka PESEL matki.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr telefonu Pacjenta	

(3) Sposób odbioru dokumentacji, w przypadku jej wydawania: (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce)

ODBIERAJĄCY: Pacjent którego dokumentacja dotyczy	Odbiór osobisty w Jednostce	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Pacjent którego dokumentacja dotyczy	Wysyłka na adres zamieszkania Pacjenta	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona wskazana w dokumentacji medycznej	Odbiór osobisty w Jednostce	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona wskazana w dokumentacji medycznej	Wysyłka na adres zamieszkania osoby upoważnionej	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

<sup>2</sup> Art. 27 ust. 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Dokumentacja medyczna jest udostępniana przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;

<b>ODBIERAJĄCY: Przedstawiciel ustawy Pacjenta</b>	Odbiór osobisty w Jednostce	<input type="checkbox"/>
<b>ODBIERAJĄCY: Przedstawiciel ustawy Pacjenta</b>	Wysyłka na adres zamieszkania osoby przedstawiciela ustawowego Pacjenta	<input type="checkbox"/>
<b>ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona / upoważnienie do odbioru dokumentacji w załączeniu do wniosku / potwierdzam iż upoważnienie zostało udzielone</b>	Odbiór osobisty w Jednostce	<input type="checkbox"/>
<b>ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona / upoważnienie do odbioru dokumentacji w załączeniu do wniosku / potwierdzam iż upoważnienie zostało udzielone</b>	Wysyłka na adres zamieszkania osoby upoważnionej	<input type="checkbox"/>

**(4) Oświadczenie**

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej w Jednostce, rozumiem i akceptuję określony nimi tryb oraz mam świadomość obowiązku pokrycia kosztów jej wydania, jeśli nie dotyczą mnie sytuacje wyjątkowe.
- Oświadczam, iż podane przeze mnie dane we Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej są zgodne z prawdą, oświadczenie powyższe (b) składam będąc świadomym/ą odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o jakiej mowa w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.)
- W przypadku wniosku o jakim mowa w pkt. (1) lit a. ppkt 7. oświadczam, iż zwłoka w wydaniu dokumentacji w innej formie niż w oryginale mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia Pacjenta, jednocześnie zobowiązuję się do jej zwrotu po wykorzystaniu i potwierdzam jej odbiór.

**(5) Tożsamość i status wnioskodawcy ustalono w oparciu o: (wypełnia upoważniony pracownik Jednostki)**

<b>Dokument tożsamości wnioskodawcy:</b>	Nazwa	Seria/Numer
<b>Metodą pytań bezpośrednich:</b>		
<b>Inne czynności weryfikacyjne:</b>		
<b>Dokumentację przedłożoną do wniosku:</b>	Upoważnienie ..... Potwierdzające zagrożenie życia, zdrowia .....	

<b>Miejsce i data</b>	<b>Podpis wnioskodawcy</b>	<b>Data i podpis przyjmującego</b>

**(6) Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:**

<b>Opłata tytułem udostępniania</b>	<b>Ilość stron</b>	<b>Kwota</b>	<b>Uregulowano</b>
			<input type="checkbox"/>
<b>Zwolnienie z opłaty</b>			<input type="checkbox"/>
<b>Podpis i data osoby udostępniającej w sposób zgodny z treścią wniosku:</b>	<b>Podpis:</b>		<b>Data.</b>
<b>Podpis i data osoby odbierającej</b>	<b>Podpis:</b>		<b>Data.</b>

**(7) Potwierdzenie zwrotu oryginału dokumentacji medycznej:**

<b>Podpis osoby odbierającego dokumentację medyczną</b>	<b>Podpis:</b>		<b>Data.</b>
<b>Potwierdzam kompletność zwracanej dokumentacji medycznej</b>	<b>Kompletna</b>	<b>Wybrakowana</b>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	