

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 zobowiązuję 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

