

WNIOSEK nr...../2020¹ z dnia.....
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

| | | | |
|---------------------------|--|---------------|--|
| Imię i nazwisko | | PESEL: | |
| Adres zamieszkania | | Tel: | |

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

| | | | |
|---------------------------|--|---------------|--|
| Imię i nazwisko | | PESEL: | |
| Adres zamieszkania | | Tel: | |

Wnioskuje o:

- wydanie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku dokumentacji medycznej²,
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego.

| | |
|--|--|
| Dokumentacja dotyczy leczenia w okresie: | |
| Dokumentacja dotyczy leczenia w: poradni / oddziału / pracowni diagnostycznej | |

Cel udostępnienia dokumentacji:

- potrzeby organów rentowych;
- potrzeby wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych;
- na prośbę wnioskodawcy;

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiera pacjent osobiście w siedzibie NZOZ Śródmieście
- odbierze osoba upoważniona w siedzibie NZOZ Śródmieście:
 - imię i nazwisko:
 - adres zamieszkania:
- odbierze osoba bliska (tylko w sytuacji zgonu pacjenta, którego dotyczy wnioskowana dokumentacja)
- przesłanie dokumentacji medycznej drogą elektroniczną na adres

Oświadczam, iż:

- 1) rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępniania dokumentacji medycznej;
- 2) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ Śródmieście,

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

¹ numer nadaje pracownik NZOZ.....,

² kopia lub przepisany tekst oryginalnego dokumentu - potwierdzona za zgodność z oryginałem

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

| | |
|--|-------|
| Data wpływu: | |
| Uzgodniony termin odbioru dokumentacji medycznej | |
| Uzgodniony termin udostępnienia do wglądu dokumentacji medycznej | |
| Podpis pracownika | |

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).
- odebrana przez osobę bliską (tylko w sytuacji zgonu pacjenta, którego dotyczy wnioskowana dokumentacja)::
.....

Naliczono opłaty w wysokości (razem):w tym: koszty kserokopii dokumentacji

POTWIERDZENIE ODBIORU:

| | | | |
|--|--|--|-------|
| Data, godzina i podpis pracownika wydającego dokumentację | | Liczba stron wydanej dokumentacji | |
| Data i podpis osoby odbierającej dokumentację | <i>Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji</i> | | |
| Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie: | | | |

Podstawy prawne:

- 1) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 160 z późn. zm.);
- 2) Ustawa Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 z późn. zm.)
- 3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069)
- 4) Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 r. poz. 1000)
- 5) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.)

Oświadczam, że jestem osobą bliską zmarłego Pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna objęta wnioskiem w rozumieniu art. 3 ust.1 pkt.2) ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.*

.....
Podpis wnioskodawcy

*Art. 3.

1. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

.....

2)osoba bliska – małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta;