

WNIOSEK nr...../.....¹ 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:	

Wnioskuję 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	

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,

.....
miejscowość, 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	Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji		
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 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2020 poz.666 z późn. zm.);
- 4) Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.);
- 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;