

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania.....

PESEL nr tel.*

2. Dokumentacja medyczna dotyczy**

Imię i nazwisko

PESEL

3. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, wyniki badań – podać jakich)

.....

.....

4. Wnioskuje o:

wgląd do dokumentacji medycznej określonej w punkcie 3, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w punkcie 3***

wydanie kopii dokumentacji medycznej określonej w punkcie 3 na elektronicznym nośniku danych***

5. Dokumentację:

odbiorę osobiście

odbiorze pełnomocnik

.....
(data i czytelny podpis wnioskującego)

Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy; osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie – ustnie złożony wniosek wymaga sporządzenia notatki służbowej przez upoważnionego pracownika.

WYDANIE DOKUMENTACJI

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie dokumentu tożsamości

.....

.....
(data i czytelny podpis pracownika)

.....
(data i czytelny podpis odbierającego)

* dane podawane dobrowolnie

** wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

*** kopia dokumentacji po raz pierwszy w żądanym zakresie jest bezpłatna, kolejne kopie w danym zakresie zgodnie z cennikiem