

Proszowice, dnia r.

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE WNIOSKODAWCY:

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES ZAMIESZKANIA:

TEL. KONTAKTOWY:

ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA:

PESEL:

NAZWISKO I IMIĘ:

ADRES ZAMIESZKANIA:

SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA: *

- ☐ wgląd w siedzibie szpitala,
- ☐ sporządzenie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku,
- ☐ wypożyczenie oryginału, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu,
- ☐ na informatycznym nośniku danych

OŚWIADCZAM, ŻE DLA PACJENTA JESTEM: **

- ☐ przedstawicielem ustawowym (np. rodzic, rodzic zastępczy itp.) WPISAĆ JAKIM:
- ☐ osobą upoważnioną przez pacjenta – upoważnienie znajduje się w dokumentacji medycznej pacjenta
- ☐ osobą upoważnioną przez pacjenta zgodnie z upoważnieniem udzielonym w innej formie

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI: *

- ☐ odbiór osobisty
- ☐ przesyłka pocztą
- ☐ przesyłka pocztą elektroniczną

ZAKRES DOKUMENTACJI, O KTÓRĄ WNIOSKUJE WNIOSKODAWCA: *

- ☐ Historia choroby z pobytu w szpitalu (Oddział):Data pobytu:
- ☐ Kartoteka z poradni: Data wizyty:
- ☐ Inna:.....

OŚWIADCZENIE

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie.

.....

(Data i czytelny podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w dniu składania niniejszego wniosku nie posiadam wiedzy o sprzecznie innej osoby bliskiej na udostępnienie tej dokumentacji (zgodnie z art. 26 ust 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) pod rygorem odpowiedzialności karnej. ***

.....

(Data i czytelny podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI

Seria i numer dokumentu tożsamości osoby odbierającej dokumentację:

Liczba stron: Nr kwitu KP:

.....

(Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

Przypisy:

* Właściwe zaznaczyć

** Wypełnić w przypadku, kiedy wnioskodawca nie jest pacjentem

*** Wypełniać w przypadku śmierci osoby bliskiej