

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane identyfikujące tożsamości WNIOSKODAWCY: (proszę wypełnić czytelnie)

Imię (imiona) wnioskodawcy / Nazwa podmiotu wnioskującego	
Adres zamieszkania wnioskodawcy / Adres siedziby podmiotu wnioskującego	
PESEL wnioskodawcy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Numer telefonu kontaktowego wnioskodawcy	

Status wnioskodawcy: (proszę określić kto występuje z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej)

Pacjent	Osoba upoważniona przez: Pacjenta Przedstawiciela ustawowego	Przedstawiciel ustawowy Pacjenta	Podmiot wskazany w art. 26 ust. 3 Ustawy ⁶
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proszę określić podstawę prawną działania:

(1) Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce)

a. w formie:

1. do wglądu	2. kopii	3. odpisu	4. wyciągu	5. wydruku	6. na informatycznym nośniku danych	7. oryginału z obowiązkiem zwrotu ⁷
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. w zakresie: dokumentacja medyczna z

(proszę określić nazwę komórki organizacyjnej)

c. za okres:

(oddo..... / data udzielenia świadczenia)

(2) Dane identyfikujące tożsamości PACJENTA, którego dokumentacja medyczna dotyczy

Imię (imiona) Pacjenta	
Nazwisko Pacjenta	
Adres zamieszkania Pacjenta	
PESEL Pacjenta / w przypadku noworodka PESEL matki.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr telefonu Pacjenta	

(3) Sposób odbioru dokumentacji, w przypadku jej wydawania: (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce)

ODBIERAJĄCY: Pacjent którego dokumentacja dotyczy	Odbiór osobisty w Jednostce	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Pacjent którego dokumentacja dotyczy	Wysyłka na adres zamieszkania Pacjenta	<input type="checkbox"/>
ODBIERAJĄCY: Osoba upoważniona wskazana w dokumentacji medycznej	Odbiór osobisty w Jednostce	<input type="checkbox"/>

⁶ Ustawa z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁷ Art. 27 ust. 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Dokumentacja medyczna jest udostępniana przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;