

Parczew, dn.

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej nr
(Wypełnić drukowanymi literami w przypadku pisma odręcznego)

1. Wnioskodawca:

pacjent* osoba upoważniona* przedstawiciel ustawy* osoba bliska* inne**

– Imię i Nazwisko:
.....

– Adres zamieszkania:

– Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

– Nr telefonu kontaktowego: Adres e-mail:

2. Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca nie jest pacjentem i wnioskuje o udostępnienie dokumentacji na podst. art. 26 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

– Imię i Nazwisko:
.....

– Adres zamieszkania:

– Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

– Nr telefonu kontaktowego: Adres e-mail:

3. Dokumentacja dotyczy świadczenia zdrowotnego w (podać nazwę oddziału/poradni/pracowni i datę świadczenia):

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań - podać jakich, inna):

5. Wnioskuje o *:

- wydanie wyciągu / odpisu / wydruku / kopii (kserokopii / skanu / na informatycznym nośniku danych) (dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w SPZOZ w Parczewie na podst. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta),
- wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru (z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, gdyż zwłoka w wydaniu dokumentacji może spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta),
- wgląd do dokumentacji medycznej (określonej w pkt. 4, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia w siedzibie SPZOZ w Parczewie).

Dokumentację wymienioną w pkt. 4 *:

- odbiorę osobiście,
- proszę udostępnić osobie upoważnionej przeze mnie na piśmie,
- proszę dostarczyć listem poleconym za potwierdzeniem odbioru (jednocześnie obciążyć mnie dodatkowo kosztami dostarczenia wg obowiązującego cennika SPZOZ w Parczewie),
- proszę dostarczyć za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail jak w pkt 1 (spakowaną w formacie .zip kopię dokumentacji medycznej zabezpieczoną hasłem. Hasło otrzymam pod numerem telefonu: 83 355 21 83, w dni robocze od 7:35 do 15:00).

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na udostępnienie mojej dokumentacji medycznej (dotyczy pacjenta w wieku od 16 do 18 rż, który nie jest wnioskodawcą).

.....
(czytelny podpis pacjenta)

* właściwe zaznaczyć/podkreślić

** dotyczy, gdy o udostępnienie dokumentacji medycznej występuje personel medyczny w związku z wykonywaniem czynności zawodowych