|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Wniosek****o udostępnienie dokumentacji medycznej** |  |

# Dane pacjenta:

Prabuty, dn. ...........................

Nazwisko: …………………………………...…. Imię:….……………………..………………. PESEL ………………………….…………….

tel. ………………………………………..……e-mail…………………………………………...

adres ………………………………………………….…………………………..…………….....

**Dane wnioskodawcy:**

* **jak wyżej**
* **osoba upoważniona** (wypełnić w przypadku złożenia wniosku przez osobę inną niż pacjent; wymagane jest upoważnienie)
* **osoba bliska** (tylko w przypadku śmierci pacjenta)

Nazwisko: ………………………………….....…. Imię: …………………………………………. PESEL ………………………………………..

tel........................................................................e-mail..................................................................... adres...................................................................................................................................................

 Upoważnienie (wybrać odpowiedni wariant):

* zostało złożone w dokumentacji medycznej,
* w załączeniu,
* zostanie przedstawione przy odbiorze dokumentacji.

# Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z:

* pobytu na oddziale:……………………….…. z okresu od……………… do ………………..

□ poradni …………………….………………… z okresu od……………..… do ……………..…

□ innej (jakiej) ……………………………..………………………………..……..……………....

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

wpisać zakres żądanej dokumentacji (np. karta informacyjna, wyniki badań itd.)

# Sposób udostępnienia:

* kopia
* wgląd do dokumentacji medycznej
* za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail)
* wyciąg, odpis, wydruk dokumentacji medycznej

#  Sposób odbioru dokumentacji medycznej:

* odbiór osobisty
* przesłanie pocztą tradycyjną na wskazany powyżej adres (wymagane pokrycie kosztów przesyłki pocztowej)
* przesłanie pocztą elektroniczną na wskazany powyżej adres
* odbiór przez osobę bliską (tylko w przypadku śmierci pacjenta)
* odbiór przez osobę upoważnioną (wymagane jest upoważnienie)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Wniosek****o udostępnienie dokumentacji medycznej** |  |

Oświadczam, że zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kopii dokumentacji.

**Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu** **po raz pierwszy w żądanym zakresie oraz w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych** (art. 28 ust. 2a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 z późn. zm.)

.............................................

data, podpis wnioskodawcy

# Potwierdzenie wpływu wniosku:

..............................................................

 (data, czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

# Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:

...........................................................................................................................................................

imię i nazwisko osoby odbierającej dokumentację

Dokumentację medyczną odebrano/wysłano w dniu ..................................

* 1. Ilość stron……………...….
	2. Wniesiono opłatę (gotówka/przelew) w wysokości…………………… zł

...................................................................... .........................................................................

data, czytelny podpis osoby wydającej/wysyłającej dokumentację data, czytelny podpis osoby **odbierającej** dokumentację