



Sosnowiec, dn.

CZĘŚĆ I**1. Wnioskodawca**

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Numer telefonu kontaktowego:

2. Wnioskodawca jest: (proszę zaznaczyć właściwe w przypadku osób fizycznych)

- Pacjentem Osobą upoważnioną przez Pacjenta
 Przedstawicielem ustawowym Pacjenta Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta*:

3. Jeśli Wnioskodawca nie jest Pacjentem:

Dokumentacja medyczna dotyczy Pacjenta:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

4. Zwracam się z prośbą o: kopię kopię za zgodność z oryginałem wyciąg odpis wgląd w trakcie hospitalizacji/udzielania porady ambulatoryjnej wgląd** do dokumentacji medycznej sporządzonej

w okresie od do

w Oddziale: Poradni: inne:

Zakres dokumentacji (np. całość historii choroby, wyniki badań, wypis)

.....
.....**5. Do odbioru upoważniam:**

Imię i Nazwisko:

6. Forma odbioru/ przekazania dokumentacji medycznej

- odbiór osobisty osoba upoważniona
 przesyłka pocztowa na adres wskazany w pkt. 1 lub inny adres (jaki?)
 e-mail

**Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej,
zgodnie z obowiązującymi przepisami. *****

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek



* osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta)

**Pracownik Spółki poinformuje Wnioskodawcę telefonicznie o proponowanym terminie wglądu w dokumentację medyczną. Wgląd w dokumentację medyczną odbywa się wyłącznie w siedzibie Spółki w obecności uprawnionego pracownika.

***Wnioskodawca zobowiązuje się do wniesienia opłaty za wydanie dokumentacji w wybranej formie zgodnie z obowiązującym cennikiem (art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - nie dotyczy wydania dokumentacji po raz pierwszy w danym zakresie), a w przypadku przesyłki pocztowej, dodatkowo do pokrycia kosztów przesyłki „za pobraniem”.

CZĘŚĆ II

Potwierdzam zgodność przygotowanej kopii dokumentacji medycznej z *Wnioskiem*.

Ilość stron:

Opłaty: zwolniony opłata za stron/y
(podać ilość)

.....
Czytelny podpis pracownika

CZĘŚĆ III

Po sprawdzeniu:

- ✓ tożsamości odbierającego kopię/wyciąg/odpis dokumentacji medycznej
- ✓ dowodu uiszczenia opłaty za wykonaną usługę (nie dotyczy wydania po raz pierwszy)

Potwierdzam wydanie kopii wyciągu odpisu dokumentacji medycznej:

Imię i Nazwisko:

Lub Nazwa uprawnionego organu lub podmiotu:

.....

Sosnowiec, dnia

.....
Czytelny podpis pracownika

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

CZĘŚĆ IV

Potwierdzam dokonanie wglądu w dokumentację medyczną w dniu:

przez
(imię i nazwisko)

Potwierdzam wykonanie zdjęć; liczba wykonanych zdjęć:

Zakres wykonanych zdjęć, notatek (np. strona, wynik badania, ...)

.....

.....

.....
Czytelny podpis pracownika