

Łódź, dnia

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I. WNIOSKODAWCA:

Imię			
Nazwisko			
Adres zamieszkania			
Pesel	Telefon kontaktowy		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> </div>			

II. DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY PACJENTA:*

Imię			
Nazwisko			
Adres zamieszkania			
Pesel	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> </div>		

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI:

Nazwa oddziału/ poradni/ zakładu			
Okres pobytu (data pobytu/ wizyty)			
Rodzaj dokumentacji medycznej	<input type="checkbox"/> Historia choroby <input type="checkbox"/> Karta informacyjna z leczenia szpitalnego <input type="checkbox"/> Wyniki badań diagnostycznych (jakich?) <input type="checkbox"/> Inne(jakie?)		
Powód udostępnienia dokumentacji medycznej w celu ustalenia zasad odpłatności			
Forma udostępnienia dokumentacji medycznej	<input type="checkbox"/> wgląd do dokumentacji medycznej (w tym możliwość sporządzenia notatek/ zdjęć) <input type="checkbox"/> wydanie oryginału dokumentacji medycznej (z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu zgodnie z powodem udostępnienia)** <input type="checkbox"/> wydanie***: <input type="checkbox"/> wyciągu <input type="checkbox"/> odpisu <input type="checkbox"/> kopii <input type="checkbox"/> wydruku dokumentacji medycznej <input type="checkbox"/> na elektronicznym nośniku danych (płyta CD/ DVD)*** <small>UWAGA! Wydruk oraz elektroniczny nośnik dotyczy wyłącznie dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej.</small>		
Forma odbioru/ przekazania dokumentacji medycznej	<input type="checkbox"/> odbiór osobisty <input type="checkbox"/> osoba upoważniona <input type="checkbox"/> przesyłka pocztowa: *** <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> na adres wskazany w pkt. I <input type="checkbox"/> inny adres (jaki?) </div>		

.....
czytelny podpis Wnioskującego

.....
data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

Legenda:

* wypełnić w przypadku, gdy Wnioskodawca wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z jego upoważnienia

** wydaje się tylko na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta

*** Wnioskodawca zobowiązuje się do wniesienia opłaty za wydanie dokumentacji w wybranej formie zgodnie z obowiązującym w Centrum cennikiem (art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – tj. Dz.U. z 2017r. poz. 1318, z późn. zm.), a w przypadku przesyłki pocztowej, dodatkowo do pokrycia kosztów przesyłki „za pobraniem”.
☐ - wstaw znak „X” we właściwym miejscu

Uwaga – bezpłatne udostępnienie kopii dokumentacji –dotyczy tylko elementów/stron dokumentacji udostępnionej po raz pierwszy.

DECYZJA W SPRAWIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ☐ ZGODA☐ ODMOWA********** UWAGA!**

W przypadku odmowy wydania dokumentacji medycznej konieczne jest podanie przyczyny odmowy na piśmie.

Przyczyna odmowy wydania dokumentacji medycznej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
podpis i pieczęć Dyrektora/ osoby upoważnionej

Nowy adres do korespondencji (w przypadku zmiany):

.....

.....

.....
czytelny podpis Wnioskującego

.....
data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
data odbioru, czytelny podpis odbierającego

.....
data, czytelny podpis osoby wydającej dokumentację