

Łódź, dnia

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I. WNIOSKODAWCA:

Imię	
Nazwisko	
Adres korespondencyjny	
Telefon kontaktowy	
Forma złożenia wniosku	☐ na miejscu ☐ telefonicznie ☐ mailowo

II. DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY PACJENTA:*

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI:

Nazwa oddziału/ poradni/ zakładu	
Nr ks. gł./zakres lat	
Rodzaj dokumentacji medycznej	☐ Historia choroby ☐ Karta informacyjna z leczenia szpitalnego ☐ Wyniki badań diagnostycznych (jakich?) ☐ Inne(jakie?)
Powód udostępnienia dokumentacji medycznej w celu ustalenia zasad odpłatności	
Forma udostępnienia dokumentacji medycznej	☐ wgląd do dokumentacji medycznej (w tym możliwość sporządzenia notatek/ zdjęć) ☐ wydanie oryginału dokumentacji medycznej (z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu zgodnie z powodem udostępnienia)** ☐ wydanie***: ☐ wyciągu ☐ odpisu ☐ kopii ☐ wydruku dokumentacji medycznej ☐ drogą elektroniczną UWAGA! Wydruk oraz elektroniczny nośnik dotyczy wyłącznie dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej.
Forma odbioru/ przekazania dokumentacji medycznej	☐ odbiór osobisty ☐ osoba upoważniona ☐ przesyłka za pobraniem: *** ☐ na adres wskazany w pkt. I ☐ inny adres (jaki?)

.....
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) 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