

I. DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko	
adres	
telefon kontaktowy	
e-mail	

II. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko	
PESEL	
adres	
telefon kontaktowy	
e-mail	

III. WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W FORMIE
(właściwe zaznaczyć)

<input type="checkbox"/>	kopii	<input type="checkbox"/>	do wglądu	<input type="checkbox"/>	za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail)	<input type="checkbox"/>	płyta CD
dotyczącej:							
<input type="checkbox"/>	wnioskodawcy						
<input type="checkbox"/>	osoby upoważnionej (wypełnić w przypadku złożenia wniosku przez osobę inną niż pacjent; <u>wymagane jest upoważnienie</u>)						
<input type="checkbox"/>	osoby bliskiej (tylko w przypadku śmierci pacjenta)						

IV. PORADNIA SPECJALISTYCZNA

Nazwa poradni	
Data ostatniej wizyty	

V. ZAKRES WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI (właściwe zaznaczyć)

<input type="checkbox"/>	kompletna historia choroby	<input type="checkbox"/>	lub opis wizyty z dnia
<input type="checkbox"/>	wyniki badań laboratoryjnych	<input type="checkbox"/>	z dnia
<input type="checkbox"/>	wynik histopatologiczny	<input type="checkbox"/>	z dnia
<input type="checkbox"/>	wynik badania RTG	<input type="checkbox"/>	z dnia
<input type="checkbox"/>	wynik badania USG	<input type="checkbox"/>	z dnia
<input type="checkbox"/>	inne (wymienić):	<input type="checkbox"/>	z dnia

VI. SPOSÓB ODBIORU WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI (właściwe zaznaczyć)

<input type="checkbox"/>	odbiór osobisty
<input type="checkbox"/>	przesłanie pocztą tradycyjną na wskazany powyżej adres
<input type="checkbox"/>	przesłanie pocztą elektroniczną na wskazany powyżej adres
<input type="checkbox"/>	odbiór przez osobę upoważnioną (wymagane jest upoważnienie)
<input type="checkbox"/>	odbiór przez osobę bliską (tylko w przypadku śmierci pacjenta)

VII. Oświadczam, że zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kopii dokumentacji oraz pokrycia kosztów wysyłki naliczanych dodatkowo.

Data	Podpis wnioskodawcy

Oplaty za udostępnienie dokumentacji medycznej przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku oraz za udostępnienie dokumentacji na informatycznym nośniku danych 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) i z postępowaniem prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego (art. 28 ust. 2a, pkt 2, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

.....
data, podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie wpływu wniosku:

.....
(data, czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data wpływu wniosku)

.....
(podpis pracownika)

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:

.....
imię i nazwisko osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej kopię dokumentacji medycznej sprawdzono na podstawie

.....seria nr.....
nazwa dokumentu tożsamości

Dokumentację medyczną wysłano na adres poczty tradycyjnej za potwierdzeniem odbioru /elektronicznej w dniu

1. Ilość stron.....
2. Wniesiono opłatę (gotówka/za pobraniem) w wysokości..... zł

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

.....
data, czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację