

# WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej.

1. Dane wnioskodawcy (pacjent, opiekun prawny, osoba upoważniona):

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Numer telefonu kontaktowego .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

3. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji medycznej (należy zaznaczyć „x”):

wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

wniosek składa przedstawiciel ustawy pacjenta

Jako przedstawiciel ustawy małoletniego pacjenta oświadczam, że dysponuję pełną, nieograniczoną władzą rodzicielską nad małoletnim pacjentem.

..... (podpis wnioskodawcy)

wnioskodawca jest osobą upoważnioną:

upoważnienie w dokumentacji medycznej

odrębne upoważnienie, stanowiące załącznik do niniejszego wniosku

4. Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę oddziału, poradni, gabinetu):

.....

.....

.....

w okresie (podać datę pobytu, konsultacji, badania): .....

5. Wnioskuje o (należy zaznaczyć „x”):

- sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem
- sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej
- sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej
- wydanie zdjęcia rentgenowskiego wykonanego na kliszy, za potwierdzeniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu
- wydanie na informatycznym nośniku danych (płyta CD/DVD)
- sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu)

6. Dokumentacja wymieniona w pkt. 5:

- zostanie odebrana osobiście
- proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1
- proszę o przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail:

.....  
Oświadczam, że mam świadomość zagrożeń związanych z przesyłaniem dokumentów transmisją elektroniczną.

..... (podpis wnioskodawcy)

Pouczenie:

1. Pacjent nie może żądać udostępnienia oryginalnej dokumentacji medycznej, lecz tylko jej kopii, odpisów lub wyciągów.
2. Udostępnienie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
3. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do udostępnienia dokumentacji medycznej.
4. W przypadku nieodebrania przygotowanej dokumentacji medycznej wnioskodawca zobowiązany jest do pokrycia kosztów.
5. Administratorem danych osobowych jest SP ZOZ MSWiA w Koszalinie.

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru/wysyłki: .....

..... (czytelny podpis pracownika)

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- wysłano listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru
- odebrała osoba upoważniona
- odebrano osobiście

Ja, niżej podpisany(a) potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.

.....  
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

Imię i nazwisko: .....

.....  
(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)