

# Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

(zaznacz odpowiednie pole)

O udostępnienie do wglądu dokumentacji medycznej

Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

Wniosek o wydanie oryginału dokumentacji medycznej

Miejscowość \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## Dane personalne

### Pacjent / Osoba upoważniona

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL

Ulica \_\_\_\_\_

Numer domu \_\_\_\_\_ Numer lokalu \_\_\_\_\_

Kod Pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### Przedstawiciel ustawowy

(jeśli dotyczy)

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL

Ulica \_\_\_\_\_

Numer domu \_\_\_\_\_ Numer lokalu \_\_\_\_\_

Kod Pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

## Wybierz formę udostępnienia:

(zaznacz odpowiednie pola)

Umożliwienie wglądu do dokumentacji medycznej:      indywidualnej lub      zbiorowej

Wydanie dokumentacji medycznej

## Wybierz formę dostarczenia dokumentacji:

(Wypełniasz przy zaznaczeniu „Wydanie dokumentacji medycznej”)

kopia dokumentacji w formie papierowej

na informatycznym nośniku danych

za pośrednictwem komunikacji elektronicznej

wydruku

wyciągu

odpisu

## Wybierz przedział czasowy:

Od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_

Cała dokumentacja medyczna

**Oświadczam, że zostałem poinformowany o obowiązujących w Zakładzie zasadach udostępniania dokumentacji medycznej i zobowiązuje się do ich przestrzegania.**

---

Podpis **pacjenta / osoba upoważniona**

---

Podpis **osoby przyjmującej oświadczenie**

\* niewłaściwe skreślić

<b>ADNOTACJE O PRZYJĘCIU WNIOSKU</b>			
<b>Wniosek przyjęto</b>	<b>Data</b>	<b>Podpis przyjmującego</b>	
<b>Uprawnienia do dostępu do dokumentacji medycznej sprawdzono na podstawie :</b>	<b>Upoważnienie imienne ( inne w załączeniu)</b>	<b>Upoważnienie w dokumentacji medycznej</b>	<b>Dokumentacja dotyczy wnioskującego</b>
<b>Tożsamość wnioskującego potwierdzono na podstawie**</b>	<b>Nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>		
<b>Termin wydania/ udostępnienia</b>		<b>Data</b>	
<b>Zakres udostępnianej dokumentacji</b>	<b>Data od:</b>	<b>Data do:</b>	
<b>Opłatę administracyjną pobrano</b>	<b>Tak *</b>	<b>Nie *</b>	
<b>ADNOTACJE O WYDANIU DOKUMENTÓW</b>			
<b>Termin wydania</b>	<b>Data</b>	<b>Podpis</b>	<b>Uwagi</b>
<b>Koszt wytworzenia kopii ustalono na</b>	<b>Liczba stron</b>	<b>Koszt uwiarygodnienia</b>	<b>Razem</b>
<b>Potwierdzam odbiór / wysłanie dokumentów</b>	<b>Data</b>	<b>Podpis</b>	

\* niewłaściwe skreślić

\* wypełniać w przypadku, gdy wnioskującym nie jest pacjent/ świadczeniobiorca