

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Wniosek : <input type="checkbox"/> pisemny, <input type="checkbox"/> przesłany listem, <input type="checkbox"/> zgłoszony e-mailem, <input type="checkbox"/> zgłoszony ustnie,									
Dane Wnioskodawcy									
Nazwisko:									
Imię:		PESEL lub data ur.							
Adres zamieszkania:		Telefon kontaktowy:							
		Adres e-mail:							
Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia w Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej. Jestem: <input type="checkbox"/> pacjentem, <input type="checkbox"/> przedstawicielem ustawowym, <input type="checkbox"/> osobą upoważnioną przez pacjenta, <input type="checkbox"/> reprezentuję podmiot leczniczy (nazwa podmiotu):									
Dane Pacjenta									
Nazwisko:									
Imię:		PESEL lub data ur.:							
Adres zamieszkania		Telefon kontaktowy:							
Dokumentacja medyczna									
Wnioskuje o:		<input type="checkbox"/> wydanie kserokopii dokumentacji medycznej <input type="checkbox"/> udostępnienie dokumentacji w innej formie (np. do wglądu, wyciąg, odpis, skan) <input type="checkbox"/> wydania kopii wyników badań obrazowych na płycie CD <input type="checkbox"/> wydanie preparatów hist. - pat./cytobloczków							
Dokładny zakres dokumentacji medycznej:		Rodzaj dokumentacji (np. wizyta, konsultacja, hospitalizacja, wynik badania..... itp.):							
		Leczenie w: (nazwa Oddziału, Poradni):							
		Okres (hospitalizacji, data wizyty, data badania):							
Kopię Dokumentacji medycznej:		<input type="checkbox"/> odbiorę osobiście, <input type="checkbox"/> odbierze osoba upoważniona: nazwisko , imię, data ur. osoby upoważnionej							
		<input type="checkbox"/> proszę przesłać pocztą elektroniczną na adres e-mail:..... Ustalone hasło dostępu :.....							
		* <input type="checkbox"/> proszę przesłać listem poleconym, <input type="checkbox"/> przesyłką kurierską* na podany adres : <input type="checkbox"/> pacjenta, <input type="checkbox"/> wnioskodawcy, <input type="checkbox"/> inny wskazany niżej: Zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej oraz wysyłki listem poleconym, zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej lub opłaty kurierskiej . *przesyłka kurierska wyłącznie w przypadku wysyłania preparatów hist.-pat. lub cytobloczków.							
Data i czytelny podpis wnioskodawcy:									
Tożsamość osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej potwierdzam na podstawie okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem: (Podać nazwę i numer dokumentu). <input type="checkbox"/> dowód osobisty, <input type="checkbox"/> prawo jazdy, <input type="checkbox"/> paszport, <input type="checkbox"/> legitymacja: uczniowska, studencka, potwierdzająca uprawnienia, <input type="checkbox"/> inny:..... Numer:									



Data i podpis pracownika Centrum weryfikującego tożsamość wnioskodawcy:

Wypełnia Pracownik Centrum

Wydano:-

- 1) Ilość skopiowanych stron
- 2) Ilość skopiowanych płyt CD
- 3) Ilość wypożyczonych preparatów hist. - pat.
- 4) Inne:.....

data wykonania badania:

.....
.....
.....
.....

! Jeśli wydano wyniki badań diagnostycznych należy dodatkowo wpisać datę wykonania badania

Oświadczam, że otrzymałam/em dokumentację medyczną zgodną ze złożonym wnioskiem. data, czytelny podpis osoby odbierającej

..... / / r.

* Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną zgodną z w/w wnioskiem potwierdzam na podstawie okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem

(Podać nazwę i numer dokumentu).

- dowód osobisty, prawo jazdy, paszport,
- legitymacja: uczniowska, studencka, potwierdzająca uprawnienia,
- inny:.....

* Rubryka pozostaje niewypełniona jeśli dokumentację wysłano listem poleconym lub pocztą elektroniczną.

Numer:

.....

data, czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację

..... / / r.

.....

...

Podstawa prawna udostępnienia dokumentacji medycznej: art. 26, 27 i 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2019 r. poz. 150) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

* **Wydano bezpłatnie**

Wydano za odpłatnością

* **Podstawa prawna dot. bezpłatnych kopii dokumentacji medycznej:**

art. 28 ust. 2a **Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta** : „Opłaty, o której mowa w ust. 1, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej **pacjentowi** albo jego **przedstawicielowi ustawowemu** po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3;

Uwagi: