



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wniosek : pisemny, przesłany listem, zgłoszony e-mailem, 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: pacjentem, przedstawicielem ustawowym, osobą upoważnioną przez pacjenta,

Dane Pacjenta

Nazwisko:											
Imię:		PESEL lub data ur.:									
Adres zamieszkania						Telefon kontaktowy:					

Dokumentacja medyczna

Wnioskuje o:

- wydanie **kserokopii** dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji w innej formie (np. do wglądu, wyciąg, odpis, skan)
- wydania kopii wyników badań obrazowych na płycie CD
- 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:

- odbiorę osobiście, odbierze osoba upoważniona:
.....
nazwisko , imię, data ur. osoby upoważnionej
- proszę przesłać pocztą elektroniczną na adres e-mail:.....
Ustalone hasło dostępu :.....
- * proszę przesłać listem poleconym na podany adres :
 pacjenta, wnioskodawcy, 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 .

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).
 dowód osobisty, prawo jazdy, paszport, legitymacja: uczniowska, studencka, potwierdzająca uprawnienia, 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:..... ! Jeśli wydano wyniki badań diagnostycznych należy dodatkowo wpisać datę wykonania badania	data 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 * Rubryka pozostaje niewypełniona jeśli dokumentację wysłano listem poleconym lub pocztą elektroniczną.	(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, 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 2020 r. poz. 849 ze zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U 2020 poz 666 ze zm.) .

* **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: