



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. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
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.: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
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: <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:.....																					
Data i podpis pracownika Centrum weryfikującego tożsamość wnioskodawcy:																					

**Wypełnia Pracownik Centrum**

Wydano:- 1) Ilość skopiowanych stron od do 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	<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:.....
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 (tj. Dz.U. 2022r. poz. 64 z późn.zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2020 poz. 666)

* **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: