

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**Dane wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko: _____

PESEL / Data urodzenia: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon / e-mail: _____

Dane pacjenta (jeżeli inne niż wnioskodawcy):

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Zakres wnioskowanej dokumentacji: Rodzaj dokumentacji (np. hospitalizacja, konsultacja, badania): _____

Okres leczenia / data wizyty: _____

Podmiot składający wniosek (zaznaczyć właściwe):

- pacjent
 przedstawiciel ustawowy
 osoba upoważniona przez pacjenta
 inny podmiot uprawniony (np. ubezpieczyciel, sąd)

Forma udostępnienia dokumentacji (zaznaczyć właściwe):

- do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku*;
 za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;

Dokumentacja w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w Dz.U.2024.581 t.j. Art. 27 ust.1 pkt 4 i 5, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej.

Data złożenia wniosku: _____

Podpis wnioskodawcy: _____

Wypełnia Klinika:

Data wpływu wniosku: _____

Dokument tożsamości zweryfikowano: tak nie

Dokumentację wydano dnia: _____

Wydął (imię i nazwisko): _____

Podpis wydającego_____
Podpis odbierającego