*Form. nr 8/15*

*WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………….……………..

PESEL: …………………………………………………………….……………………………………………………….

Adres zamieszkania: …………………………………………….………………………………………………….

Numer telefonu kontaktowego: ………………………………………….……………………………………

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**

***(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)***

Imię i nazwisko: ………………………………………………….………………………………………………….

PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………….

**Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej:**

* do wglądu,
* poprzez sporządzenie wyciągu/ odpisu/ kopii/ wydruku/ \*
* za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
* na informatycznym nośniku danych.

**Rodzaj dokumentacji medycznej:**

* + nazwa poradni / pracowni / gabinetu: ……………………………………………...………………
	+ okres leczenia: ………………………………………………………………………………………………………

Wnioskowaną dokumentację:

* odbiorę osobiście
* proszę wysłać na adres: ……………………………………….………………..………………………..
* odbierze osoba upoważniona:
	+ imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………….
	+ numer dowodu osobistego: …………………………………………………………………….

Od 4 maja 2019 r. udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie jest bezpłatne.

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci odpisów, wyciągów lub kserokopii pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu kolejny raz w żądanym zakresie lub każdorazowo osobom upoważnionym przez pacjenta lub przedstawiciela ustawowego Placówka pobiera opłatę na dotychczasowych zasadach.

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

…………………...............................................................
**data i podpis wnioskodawcy**

**POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: …………………………………………………

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu\*: ………………………………………

Podpis pracownika: ………………………………..

*POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI*

Dokumentacja:

* wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: …………………………………..
* odebrana osobiście przez pacjenta,
* odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
	+ upoważnienie w dokumentacji medycznej,
	+ odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

* Naliczono opłaty w wysokości: …………………………
* Udostępnienie bezpłatne.

……………………………………………………………………………………………………..

**data i podpis pracownika wydającego dokumentację**

*POTWIERDZENIE ODBIORU:*

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

……………………………………………………………………………………………………..

**data i podpis osoby odbierającej dokumentację**

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

**(rodzaj i numer dokumentu)**

……………………………………………………………………………………………….………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

**data i podpis pracownika wydającego dokumentację**

(\* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta