

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NR.....

1. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYDANIE DOKUMENTACJI:

Imię i nazwisko: .....PESEL:.....

Adres:.....

Numer i rodzaj dokumentu tożsamości.....

Tel.....

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

W stosunku do pacjenta jestem ( wypełnia wnioskodawca niebędący pacjentem, którego dotyczy dokumentacja)- odpowiednie zaznaczyć :

przedstawicielem ustawowym  osobą upoważnioną przez pacjenta  osobą bliską(dot. udostępnienia dokumentacji po śmierci pacjenta) tj.....

Zakres dokumentacji, objęty wnioskiem o udostępnienie( odpowiednie zaznaczyć)

całość dokumentacji

okres od .....do.....

wyniki badań i wypisy ze szpitali

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie kopii określonych powyżej **po raz pierwszy**

przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji **bezpłatnie**

( podstawa prawna – art.28 ust. 2 a pkt.1 ustawy z dn. 6 listopada2008r.

O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Kolejne sporządzenie kopii dokumentacji medycznej – **płatne 30 gr za stronę kopii.**

**( Ustawa o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw z dnia 14 lipca 2006r art.18 ust.4e)**

.....

.....

Podpis Pracownika przyjmującego wniosek

Data i Podpis Wnioskodawcy

Dokumentację odbierze:

Imię i nazwisko:.....dokument tożsamości.....

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....

Data i Podpis Wnioskodawcy

Podpis Pracownika, który dokumentację udostępnił