

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji *(proszę wypełnić drukowanymi literami):*

Imię i nazwisko:	PESEL:
Adres:	
Kod pocztowy i miejscowość:	Ulica i numer domu:
Telefon kontaktowy:	e-mail:

2. Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja *(proszę wypełnić gdy dane inne niż powyżej):*

Imię i nazwisko:	PESEL:

3. Proszę o udostępnienie w formie:

- ☐ kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem / na elektronicznym nośniku danych (np. płyta CD)
- ☐ odpisu / wyciągu,
- ☐ udostępnienie do wglądu,
- ☐ wydania oryginału dokumentacji (dot. organów władz publicznych i/lub sądów, także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta)

4. Dot. leczenia/ przeprowadzonych badań w:

- ☐ Poradni Onkologicznej
- ☐ Oddziale Radioterapii
- ☐ P/Oddziale Chemioterapii

5. Rodzaj dokumentacji:

- ☐ historia choroby, za okres od do
- ☐ wynik badania z dnia
- ☐ inny – jaki?

6. Czy cel wydania dokumentacji medycznej służy profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia? ☐ TAK ☐ NIE

7. Dokumentację odbiorę:

- ☐ osobiście
- ☐ proszę wysłać na adres pocztowy/adres e-mail.....
- ☐ upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej
(imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

Data złożenia wniosku:	Podpis osoby składającej wniosek:

WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pacjentom przysługuje bezpłatne udostępnianie dokumentacji medycznej pobieranej po raz pierwszy oraz w przypadku gdy kopia dokumentacji medycznej dotyczy diagnostyki onkologicznej i/lub leczenia onkologicznego pacjenta posiadającego Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego.

DANE OSOBY WYDAJĄCEJ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ:

Imię i nazwisko	Data	Podpis

1. Dotyczy odbioru osobistego dokumentacji medycznej:

Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzono na podstawie wglądu do dokumentu tożsamości

Imię i nazwisko	Data	Podpis

2. Dotyczy dokumentacji medycznej przekazanej korespondencyjnie:

Przekazano do Sekretariatu:	Liczba stron dokumentacji:	Data:	Wysłano: ☐ listem poleconym ☐ kurierem
-----------------------------	----------------------------	-------	--

3. Dotyczy wydania oryginału dokumentacji medycznej:

Wykonano kopię dokumentacji medycznej, termin zwrotu oryginału ustalono na

Potwierdzenie zwrotu wydanego oryginału dokumentacji medycznej:

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej pacjenta Dokumentacja jest kompletna i nieuszkodzona.	
Data i podpis osoby zdającej:	Data i czytelny podpis osoby odbierającej: