

DANE WNIOSKODAWCY:	Data wpływu wniosku (wypełnia osoba rejestrująca wniosek)
Nazwisko i imię	
Tel. kontaktowy	

NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Katowice
WNIOSK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA:											
PESEL (Pacjenta lub matki w przypadku noworodka)											
Nazwisko i imię											
SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA (zaznaczyć właściwe)											
☐ wgląd w siedzibie placówki medycznej lub miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych ☐ sporządzenie kopii ☐ wypożyczenie oryginału, za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (wyłącznie w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta) ☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej ☐ na informatycznym nośniku danych											
OŚWIADCZAM, ŻE DLA PACJENTA JESTEM (zaznaczyć właściwe w przypadku, kiedy wnioskodawca nie jest pacjentem)											
☐ przedstawicielem ustawowym (np. rodzic, rodzic zastępczy itp.) wpisać, jakim: ☐ osobą upoważnioną przez pacjenta ☐ upoważnienie znajduje się w dokumentacji medycznej pacjenta ☐ zgodnie z upoważnieniem do udostępnienia dokumentacji medycznej udzielonym w innej formie ☐ osobą bliską - małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, inna osoba wskazana przez pacjenta (niniejszy punkt może zostać wskazany wyłącznie, jeśli pacjent nie żyje) należy wówczas złożyć oświadczenie, co do innych osób bliskich ze wskazaniem ich danych oraz oświadczenie tych osób, że nie sprzeciwiają się one udostępnieniu dokumentacji wnioskodawcy i nie jest im znane aby takiemu udostępnieniu sprzeciwił się za życia pacjent, w braku innych osób bliskich wnioskodawca składa oświadczenie, iż nie są mu znane inne osoby bliskie pacjenta											
SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (zaznaczyć właściwe)											
☐ odbiór osobisty ☐ przesyłka za pobraniem, na adres..... ☐ za pośrednictwem środków komun. elektro. - na adres e-mail..... hasło do zaszyfrowania pliku.....											
ZAKRES DOKUMENTACJI, O KTÓRĄ WNIOSKUJE WNIOSKODAWCA (zaznaczyć właściwe)											
Nazwa oddziału / poradni / pracowni											
Okres, którego dotyczy dokumentacja											
Data i podpis Wnioskodawcy (w przypadku wniosku ustnego podpis pracownika przyjmującego wniosek)											
POZYCJA NIEOBOWIĄZKOWA											
Proszę o podanie na kopercie z przesyłką nr tel. celem umożliwienia kurierowi kontaktu z odbiorcą przesyłki. Jestem świadomy(a), że nr telefonu zostanie wpisany na kopercie pod danymi adresowymi i tym samym ujawniony kurierowi i innym pracownikom operatora obsługującego dostawę przesyłki i wyrażam na to zgodę.											
Podpis osoby podającej nr tel. do kontaktu											
POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI											
..... Data, podpis, pieczęć osoby udostępniającej dok. med.						 Data, podpis osoby odbierającej					