

 Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie	Formularz	F-I-1/ZI/01
	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej*	Wydanie z dnia 25.03.2021r. Strona 1 z 2

****Dane wnioskodawcy:**

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania/zameldowania)

.....
(pesel)

.....
(data)

.....
(podpis)

*****Dane osoby, której dokumentacja dotyczy:**

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania/zameldowania)

.....
(pesel)

.....
(data)

.....
(podpis)

Powyższe dane osobowe potwierdzam:
Podpis pracownika archiwum data

Wypełnić jeśli dotyczy (właściwe zakreślić)

** Oświadczam, że dla Pani/a jestem osobą bliską - małżonek, krewny do drugiego stopnia, powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, osoba wskazana przez pacjenta.

** Oświadczam, że nie posiadam wiedzy o sprzecznie innych osób bliskich do udostępnienia dokumentacji medycznej pacjenta lub/i pacjenta za życia/. Oświadczam, że dysponuję zgodą na udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta wyrażoną przez Sąd, o której zgodzie mowa w art. 26 ust. 2 a lub/i art. 26 ust. 2b ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

I. Proszę o sporządzenie wyciągu/odpisu/kopii/wydruku**** dokumentacji medycznej z pobytu/ porady w okresie:

.....
w oddziale/poradni.....
.....

Proszę o potwierdzenie „za zgodność z oryginałem” TAK, NIE (właściwe zakreślić)

II. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych z pobytu/porady w okresie
w oddziale/poradni

 Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie	Formularz	F-I-1/ZI/01
	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej*	Wydanie z dnia 25.03.2021r.
		Strona 2 z 2

III. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez przesłanie jej za pośrednictwem następującego środka komunikacji elektronicznej

z pobytu/porady w okresie

w oddziale/poradni

listem poleconym na adres:

(z adnotacją na kopercie „do rąk własnych”)/do odbioru osobistego.

IV. Proszę o umożliwienie mi wglądu do dokumentacji medycznej z pobytu/porady w okresie

w oddziale/poradni

Osoba odbierająca wyciąg/odpis/kopię/wydruk/informatyczny nośnik danych/dokumentację medyczną przesłaną za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej/wnioskująca o wgląd do dokumentacji medycznej (właściwe zakreślić):

1. pacjent, 2. osoba upoważniona, 3. osoba upoważniona do uzyskiwania dokumentacji w przypadku zgonu pacjenta, 4. przedstawiciel ustawowy 5. osoba bliska

Potwierdzam odbiór wyciągu/odpisu/kopii/wydruku/informatycznego nośnika danych/**** dokumentacji medycznej

.....
Dobrowolny podpis pacjenta lub osoby uprawnionej
do odbioru dokumentacji medycznej lub
pracownika Szpitala udostępniającego dokumentację medyczną

Potwierdzam wypożyczenie RTG, CT, MRwraz ze zobowiązaniem do zwrotu po wykorzystaniu.

.....
Podpis pacjenta lub osoby uprawnionej do odbioru dokumentacji

Uwaga: Udostępnienie dokumentacji medycznej odbywa się na koszt wnioskodawcy, wg aktualnego cennika, chyba że zachodzi jedna z przesłanek wyłączających pobranie opłaty, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

* WNIOSEK STANOWI WYŁĄCZNIE WZÓR, KTÓRY MOŻE BYĆ DOBROWOLNIE WYKORZYSTANY PRZEZ PACJENTA ; DLA UZYSKANIA DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NIE JEST WYMAGANE ZŁOŻENIE WNIOSKU W FORMIE ZAPROPONOWANEJ PRZEZ SZPITAL

** wypełnia osoba bliska po śmierci pacjenta, która chce uzyskać dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta. Przez osobę bliską należy rozumieć małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta (art.3 ust.1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

*** wypełnia się w przypadku, gdy dokumentacja medyczna dotyczy innej osoby niż wnioskodawca

**** niepotrzebne skreślić