SP ZOZ MSWiA z Warmińsko- Mazusrkim Centrum Onkologii w Olsztynie	**Wniosek** **o udostępnienie dokumentacji medycznej**	F-PP-1-0-1

Olsztyn dn. .....

1. DANE PACJENTA:

Nazwisko: ……. Imię: ……..…….

PESEL …….……. tel. ……

Adres …….……..…….

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z:

- ☐ poradni ……
- ☐ pobytu szpitalnego w oddziale:……..…….……..
- ☐ zabiegów fizykoterapeutycznych

z okresu od …… do ……...

2. SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA (*wybrać odpowiedni wariant)*

- ☐ wgląd do dokumentacji medycznej
- ☐ kopia

3. DANE WNIOSKODAWCY – osoba upoważniona (*wypełnić w przypadku odbioru kopii dokumentacji przez inną osobę niż pacjent; wymagane jest upoważnienie*)

Nazwisko: ……. Imię: …….

PESEL ……. tel. ……..……

Upoważnienie: *(wybrać odpowiedni wariant)*

- ☐ zostało złożone w dokumentacji medycznej
- ☐ w załączeniu
- ☐ zostanie przedstawione przy odbiorze dokumentacji

4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (*wybrać odpowiedni wariant)*

- ☐ odbiór osobisty
- ☐ przesłanie pocztą na wskazany adres po dokonaniu przedpłaty na konto SP ZOZ MSWiA z W-MCO w Olsztynie

konto: Bank Gospodarstwa Krajowego w Olsztynie 23 1130 1189 0025 0035 4720 0003

- ☐ odbiór przez osobę upoważnioną

Oświadczam, że zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kopii dokumentacji oraz pokrycia kosztów wysyłki naliczanych dodatkowo.

Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku oraz za udostepnienie dokumentacji na informatycznym nośniku danych nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu <u>po raz pierwszy w żądanym zakresie</u> oraz w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (art. 28 ust. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.)

…….…….

(data, podpis wnioskodawcy)

5. POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU

1. Data……
2. Podpis osoby przyjmującej wniosek……..

6. POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Tożsamość osoby odbierającej kopię dokumentacji medycznej sprawdzono na podstawie

……seria …… nr…….
(nazwa dokumentu tożsamości)

2. Ilość stron…….
3. Wniesiono opłatę (gotówka/za pobraniem) w wysokości…… zł.

…….…….…… ……..……..
(data ,czytelny podpis osoby wydającej dokumentację) (data, czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)