

Olsztyn, dn. ....

**Dane pacjenta:**

Nazwisko: ..... Imię: .....

PESEL .....

tel. .... e-mail .....

adres .....

**Dane wnioskodawcy:**

**osoba upoważniona** (wypełnić w przypadku złożenia wniosku przez osobę inną niż pacjent; wymagane jest upoważnienie)

**osoba bliska** (tylko w przypadku śmierci pacjenta)

Nazwisko: ..... Imię: .....

PESEL .....

tel. .... e-mail .....

adres .....

Upoważnienie (wybrać odpowiedni wariant):

zostało złożone w dokumentacji medycznej,

w załączeniu,

zostanie przedstawione przy odbiorze dokumentacji.

**Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z:**

poradni ..... z okresu od..... do .....

pobytu na oddziale:..... z okresu od..... do .....

.....  
wpisać zakres żądanej dokumentacji (np. karta informacyjna, wyniki badań itd.)

zabiegów fizykoterapeutycznych z okresu od ..... do .....

innej (jakiej) .....

**Sposób udostępnienia:**

kopia

potwierdzenie „za zgodność z oryginałem”  tak  nie

wgląd do dokumentacji medycznej

za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail)

na informatycznym nośniku danych (płyta CD)

**Sposób odbioru dokumentacji medycznej:**

odbiór osobisty

przesłanie pocztą tradycyjną na wskazany powyżej adres

przesłanie pocztą elektroniczną na wskazany powyżej adres

odbiór przez osobę bliską (tylko w przypadku śmierci pacjenta)

odbiór przez osobę upoważnioną (wymagane jest upoważnienie)

SP ZOZ MSWiA z Warmińsko- Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie	<b>Wniosek          o udostępnienie dokumentacji medycznej</b>	F-PP-1-0-1
--	--	------------

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 udostępnienie dokumentacji na informatycznym nośniku danych nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie 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 2019 r. poz. 1127 z późn. zm.)**

.....  
 data, podpis wnioskodawcy

**Potwierdzenie wpływu wniosku:**

.....  
 (data, czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....  
 (data wpływu wniosku do Archiwum)

.....  
 (podpis pracownika Archiwum)

**Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:**

.....  
 imię i nazwisko osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej kopię dokumentacji medycznej sprawdzono na podstawie

.....seria ..... nr.....  
 nazwa dokumentu tożsamości

Dokumentację medyczną wysłano na adres poczty tradycyjnej/elektronicznej w dniu  
 ..... za potwierdzeniem odbioru.

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

.....  
 data, czytelny podpis osoby wydającej/wysyłającej dokumentację

.....  
 data, czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację