

Szpital Kliniczny MSWiA z Warmińsko- Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	F-PP-1-0-1
---	---	------------

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:

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)

Szpital Kliniczny MSWiA z Warmińsko- Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	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 żadanym zakresie oraz w związku z postępowaniem prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego (art. 28 ust. 2a, pkt 2, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

.....
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 zweryfikowano na podstawie

.....
nazwa dokumentu tożsamości

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

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