



Miejscowość	Data

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ OSOBOM FIZYCZNYM

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko											
PESEL											
Adres											
Nr telefonu											

TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: (zaznaczyć X we właściwym miejscu)

- ☐ jestem pacjentem, którego dokumentacja dotyczy
- ☐ jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta / opiekunem prawnym
- ☐ posiadam upoważnienie wystawione przez pacjenta (**dołączyć do wniosku**)
- ☐ jestem osobą bliską dla pacjenta* (**wpisać jaką**)

ZWRACAM SIĘ O UDOSTĘPIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- ☐ do wglądu
- ☐ wydanie kopii / wyciągu / odpisu / wydruku (**właściwe podkreślić**)
- ☐ wydanie kopii na informatycznym nośniku danych
- ☐ wydanie oryginału** i zobowiązuję się do jego zwrotu po wykorzystaniu do dnia

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY:

(wypełnić, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dokumentacja dotyczy)

Imię i nazwisko											
PESEL											
Adres											

DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: (wskazać nazwę oddziału/poradni/pracowni)

.....

.....

w okresie.....

RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- ☐ całość historii choroby
- ☐ historia choroby - dokumentacja lekarska
- ☐ karta informacyjna z leczenia szpitalnego
- ☐ karta zlecenia wyjazdu karetki Zespołu Ratownictwa Medycznego
- ☐ wyniki badań (**wpisać jakie**)
-

.....

☐ Inna (**wymienić jaka**)

.....

.....

** Dotyczy wyłącznie osoby bliskiej uprawnionej do otrzymania dokumentacji pacjenta po jego śmierci, wskazanej w art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osobami bliskimi zgodnie z ww. ustawą są: małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta*

*** Dotyczy wydania oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta*

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

☐ odbiorę osobiście

☐ odbierze osoba upoważniona

☐ proszę wysłać listem poleconym na adres.....

☐ proszę wysłać na podany niżej adres poczty elektronicznej: (**wpisać drukowanymi literami**)

E-MAIL	
---------------	--

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami dla osoby wnioskującej oraz informacją o przetwarzaniu danych osobowych. Rozumiem i akceptuję sposób oraz tryb udostępnienia dokumentacji medycznej. Zobowiązuję się do poniesienia ewentualnych kosztów jej udostępnienia zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz cennikiem obowiązującym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu. Pokryję również koszt przesyłki pocztowej w przypadku wysłania dokumentacji medycznej.

Przyjmuję do wiadomości, że dokumentacja w formie cyfrowej zostanie mi przesłana w zaszyfrowanym pliku w programie 7zip. Hasło do pliku (minimum 8 znaków, wielkie i małe litery) zostanie mi podane telefonicznie lub SMS-em na numer podany we wniosku. Jestem świadomy/a, że dostęp do dokumentacji cyfrowej wymaga zainstalowania programu 7zip na własnym komputerze.

.....
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Potwierdzam udostępnienie następującej dokumentacji medycznej (wpisać formę i zakres)
☐ POBRANO opłatę za dokumentację medyczną w wysokości
☐ ZWOLNIONO z opłaty za dokumentację medyczną z powodu udostępnienia dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie

.....
data i podpis osoby wydającej

.....
data i podpis osoby odbierającej