



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami; przy odpowiedniej pozycji zakreślić kratkę znakiem „x”)

Część I. wniosku do wypełnienia przez osobę występującą z wnioskiem

I. Osoba występująca z wnioskiem

- pacjent, którego dokumentacja dotyczy przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny pacjenta
 osoba upoważniona przez pacjenta osoba bliska pacjenta, tj.
 inne, tj.

II. Wnioskodawca

Dane pacjenta: Imię i nazwisko: PESEL Inne dane umożliwiające identyfikację (np. data urodzenia, imiona rodziców, dokument tożsamości) Nr tel. kontaktowego	Dane osoby występującej z wnioskiem: (należy wypełnić wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja.) Imię i nazwisko PESEL Adres Nr tel. kontaktowego
---	--

III. Szczegóły dokumentacji medycznej

1) miejsce oraz czas udzielania świadczeń zdrowotnych:

- nazwa jednostki/komórki organizacyjnej - nazwa Poradni
.....
 termin udzielania świadczeń zdrowotnych: od dnia: do dnia:

2) rodzaj dokumentacji:

- historia choroby karta informacyjna płyta CD z badaniem
 inna dokumentacja medyczna:

3) tryb/forma udostępnienia dokumentacji medycznej:

- wgląd do oryginału w Centrum Medycznym wyciąg odpis kopia (za zgodność z oryginałem)
 wydruk na informatycznym nośniku danych (płyta CD) inne.....

4) sposób odbioru:

- odbiór osobisty – płatność przy odbiorze przesyłką na adres – przesyłka za pobraniem ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru, z adnotacją do rąk własnych.

IV. Oświadczenia

- 1) Oświadczam, że akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża Centrum Medycznego Astoria Sp. z o. O. Płata za udostępnienie dokumentacji medycznej pobierana jest zgodnie z art. 28 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.).
- 2) Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
- 3) Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez pracownika Centrum Medycznego Astoria Sp. z o. o. o wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do ich zapłaty.

.....
(data złożenia wniosku i podpis osoby przyjmującej) (data i podpis wnioskodawcy)

V. Dodatkowe informacje

- Czy wnioskowana dokumentacja jest udostępniana po raz pierwszy w żądanym zakresie? TAK NIE
Czy wnioskowana dokumentacja ma być wykorzystana w sprawach przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych? TAK NIE

Część II. wniosku do wypełnienia przez pracownika Centrum Medycznego

Oznaczenie wniosku - Nr wniosku/.....

1. Decyzja o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej

- zgoda na udostępnienie
 odmowa udostępnienia z powodu:.....

.....
(data i podpis osoby upoważnionej do podejmowania decyzji o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji)

2. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej Pani/Panu:

.....
(imię i nazwisko)

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej*:

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej*:

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

*** jeśli dotyczy – należy uzupełnić w przypadku, gdy dokumentacja nie jest wysyłana.**

- 1) liczba udostępnionych stron.....
2) liczba płyt CD.....
3) wniesiono opłatę w wysokości
4) dokumentacja poświadczona za zgodność z oryginałem Tak Nie

- 1) Dokumentację medyczną wysłano w dniu**
2) Odmowę udostępnienia dokumentacji medycznej wysłano w dniu**

.....
(data i podpis osoby wysyłającej)

*** jeśli dotyczy – należy uzupełnić w przypadku, gdy dokumentacja jest wysyłana.**