

Rumia, dnia

(1) Dane identyfikujące tożsamość WNIOSKODAWCY: (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imię i Nazwisko wnioskodawcy /Nazwa podmiotu wnioskującego	
Adres zamieszkania wnioskodawcy /Adres siedziby podmiotu wnioskującego	
PESEL wnioskodawcy	
Numer telefonu kontaktowego wnioskodawcy	(brak podania numeru telefonu skutkować będzie brakiem możliwości przesłania dokumentacji na adres domowy)

DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY OSOBY:

(UWAGA! Wypełnić tylko w przypadku, gdy Wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji medycznej innej osoby)

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	
Numer telefonu kontaktowego	

(2) Status wnioskodawcy:

(proszę określić kto występuje z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej zaznaczając „X” we właściwej rubryce)

Pacjent	Osoba upoważniona przez Pacjenta / przez przedstawiciela ustawowego Pacjenta	Przedstawi- ciel ustawowy Pacjenta	Osoba bliska	Podmiot wskazany w art. 26 ust. 3 / 3a / 4 Ustawy ¹
☐	☐	☐	☐	Proszę określić podstawę prawną działania:

(3)Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej

DOKUMENTACJA MEDYCZNA	
Dokumentacja dotyczy leczenia/ diagnostyki	(proszę podać nazwę poradni)
Z dnia/ za okres	(proszę podać okres – od -do)
Rodzaj dokumentacji medycznej	(np. historia choroby, wyniki badań)

¹ Ustawa z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Niniejszym, wnioskuję o (właściwe zaznaczyć znakiem „X”):

☐ kserokopia/wydruk dokumentacji

☐ wyciąg dokumentacji medycznej

☐ za pośrednictwem środków komunikacji

elektronicznej:

☐ wysyłka na adres domowy (za
odpłatnością**)

☐ do wglądu w siedzibie NZOZ Nr 1

☐ odpis dokumentacji medycznej

☐ na informatycznym nośniku danych.

☐ wydanie oryginału za potwierdzeniem
odbioru i z zastrzeżeniem zwrot³

Miejsce i data	Podpis wnioskodawcy/ W przypadku odnotowania wniosku za wnioskodawcę imię i nazwisko pracownika Jednostki z adnotacją, przyjęcia wniosku w innej formie niż pisemna do realizacji	Data i podpis przyjmującego

(1) Oświadczenie

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej w Jednostce, rozumiem je i akceptuję określony nimi tryb postępowania oraz mam świadomość obowiązku pokrycia kosztów jej wydania, jeśli nie dotyczą mnie sytuacje zwalniające z tego obowiązku.
- Oświadczam, iż podane przeze mnie dane we Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej są zgodne z prawdą, oświadczanie powyższe (b) składam będąc świadomym/ą odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o jakiej mowa w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, ze zm.)
- W przypadku wniosku o jakim mowa w pkt. (3) oświadczam, iż zwłoka w wydaniu dokumentacji w innej formie niż w oryginale mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia Pacjenta, jednocześnie zobowiązuję się do jej zwrotu po wykorzystaniu.
** proszę wysłać na wskazany adres w niniejszym wniosku (opłata za dokumentację medyczną zostanie powiększona o koszty wysyłki wedle cennika operatora pocztowego)

(4) Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej: (wypełnia upoważniony pracownik Jednostki)

Dokument tożsamości wnioskodawcy:	Nazwa	Seria/Numer
Metodą pytań bezpośrednich:		
Inne czynności weryfikacyjne:		
Dokumentację przedłożoną do wniosku:	Upoważnienie Potwierdzające zagrożenie życia, zdrowia	
Ilość stron	3.Opłatę wniesiono gotówką/przelewem* w wysokości: (realizacja przesyłki po przesłaniu potwierdzenia przelewu na maila nzo-z-rumia@wp.pl)	
Zgodnie z wnioskiem wysłano listem poleconym		w dniu:
Zgodnie z wnioskiem wysłano mailem na adres:		w dniu:
Zgodnie z wnioskiem udostępniono na nośniku:		w dniu:
Udostępniono do wglądu w siedzibie:		w dniu:
Czytelny podpis osoby odbierającej:	Data, podpis pracownika wydającego	