

.....
(miejscowość, data)

Wnioskodawca (pacjent / osoba upoważniona):

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu / e-mail:

Adresat:

.....

(nazwa gabinetu lekarskiego / podmiotu leczniczego)

.....

(adres)

WNIOSEK o udostępnienie dokumentacji medycznej

Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej:

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:

Nr PESEL:

(w przypadku braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:)

1. Zakres dokumentacji (zaznaczyć właściwe):

- ☐ całość dokumentacji medycznej
- ☐ dokumentacja z leczenia / zabiegów w okresie od do
- ☐ karty wizyt i karty zabiegowe (wywiad, kwalifikacja do zabiegu, przebieg zabiegu)
- ☐ zgody pacjenta na zabiegi oraz informacje o ryzyku i powikłaniach
- ☐ informacje o zastosowanych preparatach i wyrobach (nazwa, producent, numer serii, dawka)
- ☐ dokumentacja fotograficzna (zdjęcia przed i po zabiegu)
- ☐ zalecenia pozabiegowe i dokumentacja wizyt kontrolnych / powikłań
- ☐ inna:

2. Forma udostępnienia (zaznaczyć właściwe):

- ☐ kopia (w formie papierowej)
- ☐ wyciąg lub odpis
- ☐ kopia w formie elektronicznej na informatycznym nośniku danych (płyta CD/DVD, pendrive)
- ☐ dokumentacja przesłana drogą elektroniczną na adres e-mail:
- ☐ oryginał do wglądu w siedzibie podmiotu (z możliwością sporządzenia notatek lub zdjęć)

3. Sposób odbioru (zaznaczyć właściwe):

- ☐ odbiór osobisty
- ☐ odbiór przez osobę upoważnioną (upoważnienie w załączeniu)
- ☐ wysyłka pocztą na adres:

4. Tryb wnioskowania (zaznaczyć właściwe):

- ☐ wnioskuję jako pacjent
- ☐ wnioskuję jako przedstawiciel ustawowy pacjenta / osoba upoważniona przez pacjenta
- ☐ wnioskuję jako osoba upoważniona przez pacjenta zmarłego (dot. dokumentacji zmarłego pacjenta)

Proszę o udostępnienie dokumentacji bez zbędnej zwłoki. Jestem świadomy/a, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobrać opłatę za udostępnienie dokumentacji, zgodnie z art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Proszę o poinformowanie mnie o jej wysokości przed wydaniem dokumentów.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki (jeśli dotyczy):

- ☐ upoważnienie do uzyskania dokumentacji
- ☐ dokument potwierdzający status przedstawiciela ustawowego
- ☐ inne:

Potwierdzenie odbioru dokumentacji: Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w dniu
Podpis:

Przed wydaniem dokumentacji podmiot ma prawo zweryfikować tożsamość wnioskodawcy - prosimy o zabranie dokumentu tożsamości.