

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Podstawa prawna: art. 26–28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Miejscowość

Data

Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL (lub data urodzenia)

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Osoba składająca wniosek

- ☐ pacjent
- ☐ przedstawiciel ustawowy pacjenta (rodzic / opiekun prawny)
- ☐ osoba upoważniona przez pacjenta (do wniosku należy dołączyć upoważnienie, jeśli nie ma go w dokumentacji)

Zakres dokumentacji

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej:

Imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja (jeśli inne niż wyżej)

- ☐ całości dokumentacji medycznej
- ☐ dokumentacji z określonego okresu / wizyty:

Okres, data wizyty, poradnia lub specjalista

- ☐ wyników badań:

Rodzaj badań

Sposób udostępnienia

- ☐ do wglądu w placówce
- ☐ kopia papierowa (wydruk)
- ☐ kopia w formie elektronicznej — na adres e-mail wskazany wyżej lub na nośniku dostarczonym przez wnioskodawcę
- ☐ wyciąg / odpis

Sposób odbioru

- ☐ osobiście w placówce: ☐ Pleszew ☐ Środa Wielkopolska
☐ przez osobę upoważnioną (imię i nazwisko):

☐ wysyłka pocztą na adres zamieszkania (na koszt wnioskodawcy)

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z informacją o opłatach za udostępnienie dokumentacji medycznej (pierwsza kopia bezpłatna zgodnie z art. 28 ust. 2a ustawy o prawach pacjenta). Dokumentacja zostanie udostępniona bez zbędnej zwłoki.

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i podpis osoby przyjmującej (pieczęć placówki)