



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Gdańsk, dnia.....

I. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania):

.....

II. Osoba wnioskująca o wydanie dokumentacji jest: (proszę zaznaczyć właściwe)

- Pacjentem
- osobą upoważnioną przez Pacjenta
- przedstawicielem ustawowym pacjenta
- osobą bliską dla zmarłego Pacjenta (w rozumieniu art. 3 ust 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

III. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania):

.....

IV. Zakres wnioskowanej dokumentacji medycznej:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- zakres dokumentacji:
- okres leczenia:

IV. Sposób udostępnienia dokumentacji: (proszę zaznaczyć właściwe)

- do wglądu w siedzibie PULS-MEDIC Sp. z o.o., Gdańsk, ul. T. Chałubińskiego 23
- poprzez sporządzenie wyciągu, odpisu
- poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną na adres.....
- poprzez sporządzenie kserokopii
- na informatycznym nośniku danych

V. Sposób odbioru dokumentacji: (proszę zaznaczyć właściwe)

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać listem poleconym na adres:
- odbierze osobiście osoba przeze mnie upoważniona:
 - imię i nazwisko:nr dow. osobistego:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej i ewentualnej wysyłki.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

VI. Adnotacje pracownika dotyczące udostępniania informacji:

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

.....
data i podpis pracownika przyjmującego wniosek

- ODMOWA UDOSTĘPNIENIA**
 UDOSTĘPNIENIE

Zgodnie z obowiązującymi przepisami tj. § 78 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania - udostępnianie dokumentacji medycznej następuje bez zbędnej zwłoki, a więc możliwie jak najszybciej.

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
 odebrana osobiście przez pacjenta,
 odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 ○ upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 ○ upoważnienie w niniejszym wniosku,
 ○ odrębne pisemne upoważnienie (*załączone do wniosku*).

Naliczono opłaty w wysokości:

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację