

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY:

Imię i nazwisko: .....

PESEL:.....

### DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYDANIE DOKUMENTACJI:

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

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub data urodzenia.....

**Na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008r (z późn. zm.) o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnioskuję o:**

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- wydanie kopii dokumentacji na informatycznym nośniku danych (wyniki badań RTG)
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni.....
- okres leczenia.....

Do odbioru dokumentacji upoważniam osobę: \*

- imię i nazwisko.....
- PESEL lub data urodzenia.....

Oświadczam, że zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Miejskim Zespole Opieki Zdrowotnej w Łędzinach w przypadku:

- 1) wykonania kolejnej kopii wnioskowanej dokumentacji \*
- 2) sporządzenia kopii dokumentacji na wniosek osoby upoważnionej przez pacjenta.

.....  
data i czytelny podpis wnioskodawcy

### POTWIERDZENIE WPŁYWU

Uzgodniony termin odbioru / udostępnienia do wglądu: .....

.....  
data i czytelny podpis pracownika

\* dotyczy pacjenta i przedstawiciela ustawowego zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

## POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Kopię dokumentacji wydano po raz pierwszy w dniu.....i nie pobrano opłaty.\*

W dniu.....wydano kolejną kopię i naliczono opłaty w wysokości \*.....

Kopię dokumentacji wydano na wniosek osoby upoważnionej i naliczono opłaty w wysokości.....

Dokumentacja została odebrana:

- osobiście przez pacjenta,
- przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

.....  
czytelny podpis (imię i nazwisko) pracownika wydającego dokumentację

## POTWIERDZENIE ODBIORU:

Kopia dokumentacji medycznej nie odebrana w terminie 14 dni od ustalonej daty odbioru zostaje zniszczona.

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data, godzina i czytelny podpis (imię i nazwisko) osoby odbierającej dokumentację

Zgodnie Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (RODO) oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą obowiązku informacyjnego dotyczącego przetwarzania moich danych osobowych.

.....  
czytelny podpis (imię i nazwisko) osoby odbierającej dokumentację

\* dotyczy pacjenta i przedstawiciela ustawowego zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta