 Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie	<b>Formularz</b>	F-I-1/ZI/01
	<b>Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej*</b>	Wydanie z dnia 27.05.2019r.
		Strona 1 z 2

**\*\* Dane wnioskodawcy:**

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania/zameldowania)

.....  
(pesel)

.....  
(data)

.....  
(podpis)

**\*\*\*Dane osoby, której dokumentacja dotyczy:**

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania/zameldowania)

.....  
(pesel)

.....  
(data)

.....  
(podpis)

Powyższe dane osobowe potwierdzam: .....  
Podpis pracownika archiwum ..... data

Wypełnić jeśli dotyczy (właściwe zakreślić)

\*\* Oświadczam, że dla Pani/a ..... jestem osobą bliską - małżonek, krewny do drugiego stopnia, powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, osoba wskazana przez pacjenta.

\*\* Oświadczam, że nie posiadam wiedzy nie posiada wiedzy o sprzeciwie innych osób bliskich do udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta lub/i sprzeciwie pacjenta za życia/Oświadczam, że dysponuję zgodą na udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta wyrażoną przez Sąd, o której zgodzie mowa w art. 26 ust. 2 a lub/i art. 26 ust. 2b ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta


**I.** Proszę o sporządzenie wyciągu/odpisu/kopii/wydruku\*\*\*\* dokumentacji medycznej z pobytu/ porady w okresie:

.....  
w oddziale/poradni.....  
.....

Proszę o potwierdzenie „za zgodność z oryginałem” TAK, NIE (właściwe zakreślić)

**II.** Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych z pobytu/porady w okresie .....  
w oddziale/poradni .....

**III.** Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez przesłanie jej za pośrednictwem następującego środka komunikacji elektronicznej .....

 Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie	<b>Formularz</b>	F-I-1/ZI/01
	<b>Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej*</b>	Wydanie z dnia 27.05.2019r.
		Strona 2 z 2

z pobytu/porady w okresie .....

w oddziale/poradni .....

listem poleconym na adres: .....

(z adnotacją na kopercie „do rąk własnych”)/do odbioru osobistego.

**IV.** Proszę o umożliwienie mi wglądu do dokumentacji medycznej z pobytu/porady w okresie .....

w oddziale/poradni .....

Osoba odbierająca wyciąg/odpis/kopię/wydruk/informatyczny nośnik danych/dokumentację medyczną przesłaną za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej/wnioskująca o wgląd do dokumentacji medycznej (właściwe zakreślić):

1. pacjent, 2. osoba upoważniona, 3. osoba upoważniona do uzyskiwania dokumentacji w przypadku zgonu pacjenta, 4. przedstawiciel ustawowy 5. osoba bliska

.....  
Podpis Wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór wyciągu/odpisu/kopii/wydruku/informatycznego nośnika danych/\*\*\*\* dokumentacji medycznej

.....  
Podpis pacjenta lub osoby uprawnionej lub  
pracownika udostępniającego dokumentację medyczną (z adnotacją o przyczynie podpisu)

Potwierdzam wypożyczenie RTG, CT, MR ..... wraz ze zobowiązaniem do zwrotu po wykorzystaniu.

.....  
Podpis pacjenta lub osoby uprawnionej lub  
pracownika udostępniającego dokumentację medyczną (z adnotacją o przyczynie podpisu)

**Uwaga: Udostępnienie dokumentacji medycznej odbywa się na koszt wnioskodawcy, wg aktualnego cennika**

\* wniosek stanowi wyłącznie wzór, który może być dobrowolnie wykorzystany przez pacjenta; dla uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej nie jest wymagane złożenie wniosku w formie zaproponowanej przez Szpital

\*\* wypełnia osoba bliska po śmierci pacjenta, która chce uzyskać dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta. Przez osobę bliską należy rozumieć małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta (art.3 ust.1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

\*\*\* wypełnia się w przypadku, gdy dokumentacja medyczna dotyczy innej osoby niż wnioskodawca

\*\*\*\* niepotrzebne skreślić