 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 29.03.2018r.
		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


**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 .....  
 z pobytu/porady w okresie .....  
 w oddziale/poradni .....  
 listem poleconym na adres: .....  
 (z adnotacją na kopercie „do rąk własnych”)/do odbioru osobistego.

 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 29.03.2018r.
		Strona 2 z 2

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.

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 ..... i zobowiązuję się 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

\*\* niepotrzebne skreślić

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