



Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zakliczyn, dnia

I Dane pacjenta

Imię (imiona) i nazwisko	
PESEL lub data urodzenia	
Adres	

II Osoba zgłaszająca wniosek jest: (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ Pacjentem
- ☐ Osobą upoważnioną przez Pacjenta
- ☐ Przedstawicielem ustawowym Pacjenta
- ☐ Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta*

III Dane Pacjenta, którego dotyczy wniosek (jeśli inne niż wnioskującego)

Imię i nazwisko:

Adres:

PESEL:

IV Zakres wnioskowanej dokumentacji

1. Dotyczy leczenia (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ we wskazanych poradniach/pracowniach:

.....
.....

2. Dotyczy (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ leczenia w okresie.....
- ☐ całości dokumentacji medycznej
- ☐ wskazanych rodzajów dokumentów.....

V Sposób udostępnienia dokumentacji (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ do wglądu w siedzibie Centrum Zdrowia Zakliczyn
- ☐ poprzez sporządzenie kserokopii
- ☐ poprzez sporządzenie wyciągu lub poprzez sporządzenie odpisu
- ☐ poprzez sporządzenie skanu na nośniku danych
- ☐ poprzez wypożyczenie oryginału**
- ☐ poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres

☐ proszę o poświadczenie za zgodność z oryginałem***

VI Sposób odbioru dokumentacji (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ odbierze osobiście osoba pisemnie przeze mnie upoważniona
- ☐ proszę o przesłanie listem poleconym na podany adres

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK		
ADRES		
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ (jeżeli dotyczy)		
NUMER I SERIA DOWODU OSOBISTEGO		
DATA I PODPIS SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	DATA I PODPIS PRACOWNIKA PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK	

* osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

** Centrum Zdrowia Zakliczyn udostępnia oryginał dokumentacji medycznej: a) podmiotom uprawnionym, b) w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta

***możliwe jedynie w przypadku dokumentów wytworzonych przez Centrum Zdrowia Zakliczyn

VII Adnotacje pracownika Centrum Zdrowia Zakliczyn dotyczące udostępnienia dokumentacji

.....

POWTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI	
DATA I PODPIS	

.....
Miejscowość, data

DANE OSOBY UPOWAŻNIAJĄCEJ:

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Nr telefonu

**UPOWAŻNIENIE
DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA**

Ja, niżej podpisany/a, działając na podstawie art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w związku ze złożonym przeze mnie wnioskiem o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej z dnia, niniejszym upoważniam do odbioru udostępnionej dokumentacji medycznej:

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL lub rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Podpis osoby upoważniającej