

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ CENTRUM MEDYCZNE HABILITAS

Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1545), zwracam się z prośbą o:

- ☐ wydanie kopii dokumentacji medycznej ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- dotyczącej: ☐ mojego leczenia ☐ leczenia osoby, którą reprezentuję

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

E-mail (opcjonalnie):

Dane pacjenta (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Zakres żądanej dokumentacji:

Rodzaj dokumentacji (np. historia choroby, wyniki badań, epikryza):

Nazwa oddziału/ poradni/ pracowni:

Okres, którego dotyczy dokumentacja:

Forma udostępnienia dokumentacji (proszę zaznaczyć):

- ☐ wgląd na miejscu ☐ wydruk ☐ kopia elektroniczna (PDF) ☐ na nośniku danych

Wnioskowaną dokumentację:

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ proszę wysłać na adres:
- ☐ odbierze osoba upoważniona:

imię i nazwisko:

numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:

Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI:

- ☐ 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:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

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

.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację