

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko:

nr PESEL/data urodzenia:

Stopień pokrewieństwa:

Wnioskuje o udostępnienie:

- całej dokumentacji medycznej;
- dokumentacji medycznej dotyczącej okresu:
- wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj:
 - 1)
 - 2)
 - 3)
- Inny sposób określenia zakresu udostępnienia dokumentacji medycznej:
.....
.....

z poradni/pracowni

Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

- w formie kopii;
- na elektronicznym nośniku danych (np. płyta cd);
- inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej!:

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formach określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie².

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona:
 - o imię i nazwisko:

¹ Pozostałe formy określone w art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

² Podstawa prawna – art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

E\$KULAP
CENTRUM MEDYCZNE
w Ciechanowie

- numer dowodu osobistego:
- proszę wysłać na adres:

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym Eskulap Centrum Medyczne w Ciechanowie Sp. z o. o.
- 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą).

.....

miejsowość, data

.....

Podpis³ wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Potwierdzam odbiór/wgląd do wnioskowanej dokumentacji.

.....

data i podpis osoby odbierającej dokumentację

- Naliczono opłatę w wysokości:zastron
- Zwolnienie z opłaty za dokumentację udostępnianą po raz pierwszy lub w przypadku o którym mowa w art.40 ust 1 ustawy z dnia 08 marca 2023r. o Krajowej Sieci Onkologicznej tj. Dz. U. 2024.1208.

.....

data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE WYSŁANIA DOKUMENTACJI

Dokumentację wysłano pocztą dnia.....

Naliczono opłatę w wysokości:(.....stron + koszt przesyłki pocztowej)

.....

data i podpis pracownika wysyłającego dokumentację

³ Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy; osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie.