

Pacjent: .....  
(imię i nazwisko pacjenta)

PESEL pacjenta 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cudzoziemiec .....  
(pole wypełnić tylko w sytuacji gdy pacjent jest cudzoziemcem - data i miejsce urodzenia pacjenta)

Numer telefonu kontaktowego: .....

Zamieszkała/y .....  
(ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

### 1) Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

1. do wglądu	2. kopii	3. odpisu	4. wyciągu	5. wydruku	6. na informatycznym nośniku danych (np. RTG)	7. oryginału z obowiązkiem zwrotu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce)

a) w zakresie: .....  
(podać np. karta informacyjna, historia choroby, inne – podać jaki)

b) za okres: .....  
(podać np. datę od .....do..... / datę udzielenia świadczenia lub pełen okres udzielania świadczeń w jednostce)

### 2) Sposób odbioru dokumentacji:

Odbiór osobisty w siedzibie	<input type="checkbox"/>
Wysyłka na adres zamieszkania Pacjenta	<input type="checkbox"/>
Wysyłka na adres (inny niż adres zamieszkania): ..... .....	<input type="checkbox"/>

(proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce)

### 3) Oświadczenie:

- a) Oświadczam, iż podane przeze mnie dane we Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej są zgodne z prawdą, oświadczenie powyższe składałam będąc świadomą/ym odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o jakiej mowa w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.).
- b) W przypadku wniosku o udostępnienie oryginału z obowiązkiem zwrotu oświadczam, iż zwłoka w wydaniu dokumentacji w innej formie niż w oryginale mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia Pacjenta, jednocześnie zobowiązuję się do jej zwrotu po wykorzystaniu (Art. 27 ust. 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - dokumentacja medyczna jest udostępniana przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta).

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej)\*\*

Osoba upoważniona do odbioru dokumentacji medycznej zobowiązana jest posiadać pisemne upoważnienie wydane przez pacjenta – druk: „Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej”.

**4) Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej akceptuję/nie akceptuję\*:**

.....  
(data i czytelny podpis pracownika)

**5) Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi - odbiór osobisty:\*\*\***

.....  
(imię i nazwisko pracownika udostępniającego dokumentację medyczną)

.....  
(imię i nazwisko osoby odbierającej)

.....  
(data udostępnienia i czytelny podpis wydającego pracownika)

.....  
(data odbioru i czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej)

**6) Potwierdzenie wysłania dokumentacji medycznej na adres pacjenta:\*\*\*\***

Dokumentację wysłano, nr nadawczy .....

w dniu .....

przewoźnik .....

.....  
(imię i nazwisko pracownika wysyłającego dokumentację medyczną)

.....  
(data i czytelny podpis pracownika)

**7) Potwierdzenie zwrotu oryginału dokumentacji medycznej przez pacjenta:\*\*\*\*\***

	Kompletna	Wybrakowana
Potwierdzam kompletność zwracanej dokumentacji medycznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

.....  
.....  
.....

.....  
(data i czytelny podpis pracownika odbierającego dokumentację)

---

\*niewłaściwe skreślić

\*\*nie dotyczy w przypadku wniosku składanego przez pacjenta w formie ustnej

\*\*\*wypełnić tylko w sytuacji gdy dotyczy dokumentacji odbieranej przez pacjenta/osobę upoważnioną osobiście

\*\*\*\*wypełnić tylko w sytuacji gdy dotyczy dokumentacji wysłanej za potwierdzeniem odbioru

\*\*\*\*\*wypełnić tylko w sytuacji gdy dotyczy zwrotu oryginału dokumentacji medycznej