

Grudziądz, dnia.....

Pacjent:
(imię i nazwisko pacjenta)PESEL pacjenta (w przypadku noworodka PESEL matki)

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

Cudzoziemiec
(pole wypełnić tylko w sytuacji gdy pacjent jest cudzoziemcem - data i miejsce urodzenia pacjenta)Zamieszkała/y
(ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość)Przedstawiciel ustawowy/opiekun:
(imię i nazwisko przedstawiciela/opiekuna)Funkcja:
(rodzic/osoba bliska np. małżonek, dziecko/kurator/)

Numer telefonu kontaktowego:

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 oddo..... / 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 składam 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 przedstawiciela/opiekuna)

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

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

5) Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej - 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 osoby odbierającej)

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

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:****

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

Uwagi:

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

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

*niewłaściwe skreślić

**wypełnić tylko w sytuacji gdy dotyczy dokumentacji odbieranej osobiście

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

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