



WZÓR

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

....., dnia

1. **WNIOSKODAWCA:** (proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL (Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy)	
ADRES (Ulica, nr domu/nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)	
TELEFON	
E-MAIL	

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: (proszę właściwe zaznaczyć x)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wydania kserokopii | <input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie |
| <input type="checkbox"/> Wydania wyciągu | <input type="checkbox"/> Nośnik elektroniczny (np. CD) |
| <input type="checkbox"/> Wydania wydruku | |
| <input type="checkbox"/> Wydania odpisu | |
| <input type="checkbox"/> Do wglądu w siedzibie zakładu leczniczego | |

2. **DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:**

(Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dokumentacja dotyczy)

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
DATA URODZENIA	
PESEL	
ADRES (Ulica, nr domu/nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)	

3. **DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY LECZENIA/BADANIA:**

NAZWA PORADNI / ODDZIAŁU	
OKRES LECZENIA	
WYNIKI BADAŃ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

4. **TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI:** (proszę właściwe zaznaczyć x)

- Wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
 Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
 Wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego (Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej – Załącznik nr 2 do procedury ZI-13)

5. **SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:**

- Odbiorę osobiście w siedzibie zakładu leczniczego
 Zostanie odebrana przez osobę upoważnioną w siedzibie zakładu leczniczego
 Proszę przesłać na adres podany w pkt.1 listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru

6. **OŚWIADCZENIE:**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej w Szpitalu Dziecięcym Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku sp. z o.o., rozumiem i akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. **W przypadku braku odbioru przygotowanej dokumentacji medycznej Szpital wystawi wnioskodawcy fakturę.**

.....
(czytelny podpis pacjenta, opiekuna prawnego)