



CZĘŚĆ I									
WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK			PIECZĘĆ ZŁO/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ						
Nr wniosku w wykazie:	Data przyjęcia wniosku:	Czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek:							
.....							
Forma przyjęcia wniosku inna niż pisemna		<input type="checkbox"/> Ustna	<input type="checkbox"/> Telefoniczna	<input type="checkbox"/> e-mailowa					
CZĘŚĆ II									
WYPEŁNIA OSOBA FIZYCZNA: wnioskodawca/przedstawiciel ustawowy/osoba upoważniona/ osoba bliska ¹ (właściwe podkreślić)									
Imię i nazwisko:									
Nr PESEL :									
Adres zamieszkania:									
Tel. Kontaktowy/ e-mail									
DOKUMENTACJA DOTYCZY PACJENTA:									
Imię i nazwisko:			Nr PESEL lub data urodzenia:						
Adres zamieszkania:									
Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej znajdującej się w posiadaniu SZPZLO Warszawa Praga Południe w ZŁO ul. w Poradni Informacje dodatkowe*)..... która obejmuje (odpowiednie zaznaczyć „ X”):									
<input type="checkbox"/>	Dokumentację dotyczącą okresu		<input type="checkbox"/>	Wybrane dokumenty znajdujące się w dokumentacji:					
<input type="checkbox"/>	Karta uodpornienia	<input type="checkbox"/>	Zdjęcia rentgenowskie.....						
Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji w formie (odpowiednie zaznaczyć „X”):									
<input type="checkbox"/>	Do wglądu	<input type="checkbox"/>	Kopii	<input type="checkbox"/>	Odpisu	<input type="checkbox"/>	Wyciągu	<input type="checkbox"/>	Wydruku
<input type="checkbox"/>	Oryginału za potwierdzeniem zwrotu		<input type="checkbox"/>	Na elektronicznym nośniku danych			<input type="checkbox"/>	Skanu	
CZĘŚĆ III									
Sposób przekazania kopii dokumentacji (odpowiednie zaznaczyć „ X”)									
<input type="checkbox"/>	Odbiór osobisty		<input type="checkbox"/>	Przesłanie na adres korespondencyjny ² :					
<input type="checkbox"/>	Przesłanie na adres e-mail ² :		Imię i nazwisko odbiorcy:						
Nr tel. Kom. na który należy wysłać hasło do pliku:			Ulica						
			Kod pocztowy : _ _ - _ _ _						
			Miasto:						
			Kraj :						

¹ Dotyczy wyłącznie osoby bliskiej uprawnionej do otrzymania dokumentacji pacjenta po jego śmierci wskazanej w art.26 ust.2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osobami bliskimi zgodnie z ww. - małżonek, krewny do II stopnia lub powinowaty do II stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta

*)wypełnia się w przypadku, gdy dokumentacja medyczna ma być potwierdzona za zgodność z oryginałem

² Przekazanie dokumentacji pocztą lub drogą elektroniczną możliwe jest wyłącznie w przypadku osobistego złożenia wniosku lub z poświadczonym podpisem



CZĘŚĆ IV

Oświadczenia wnioskodawcy:

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na o zasadach udostępniania kopii dokumentacji medycznej oraz o wysokości ewentualnych opłat z tytułu wydania wyciągu/ odpisu/ kopii/ skanu/ wydruku/ zapisu na informatycznym nośniku danych.

Czytelny podpis wnioskodawcy:

.....

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dla wnioskodawców, w związku z udostępnianiem dokumentacji medycznej dotyczącej ochrony danych osobowych

Czytelny podpis wnioskodawcy:

.....

CZĘŚĆ V

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie, wskazanej we wniosku po raz pierwszy (odpowiednie zaznaczyć „X”):

przysługuje nie przysługuje

wnioskującemu prawo otrzymania bezpłatnie³ dokumentacji

CZĘŚĆ VI

Decyzja o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji medycznej (odpowiednie zaznaczyć „X”)

Zgoda na udostępnienie dokumentacji

Podpis osoby weryfikującej:

.....

Odmowa udostępnienia dokumentacji, z powodu:

.....

Podpis osoby weryfikującej:

.....

Pierwsza kopia (bez opłat) w żądanym zakresie

Dokumentację udostępniono do wglądu

Liczba udostępnionych stron Liczba płyt CD

CZĘŚĆ VII

Potwierdzenia:

1. Potwierdzenie tożsamości osoby odbierającej kopię dokumentacji medycznej lub dokonującej wglądu do tej dokumentacji (osoba wskazana przez pacjenta we wniosku lub posiadająca upoważnienie notarialne)

Imię i nazwisko :

.....
.....

Nazwa i nr dokumentu ze zdjęciem oraz nr PESEL

.....
.....

2. Potwierdzenie wydania kopii dokumentacji medycznej

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej:

.....
(data) (czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

.....
(data) (czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

3. Potwierdzenie wysłania dokumentacji

Dokumentację wysłano w dniu (przesłanie na adres korespondencyjny, na adres e-mail) :

.....
.....
(data) (czytelny podpis osoby wysyłającej dokumentację)

³Podstawa prawna – art.28 ust.2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Uwaga : osoba przyjmująca wniosek, zobowiązana jest potwierdzić tożsamość wnioskodawcy na podstawie dokumentu ze zdjęciem z nr PESEL. Jeżeli wniosek został złożony telefonicznie lub przesłany listem czy drogą elektroniczną, możliwy jest osobisty odbiór dokumentacji w celu potwierdzenia tożsamości wnioskodawcy.