**WNIOSEK O DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ**

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….

Nr telefonu……………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….

PESEL………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..……………

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

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Nr telefonu……………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….

PESEL………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………..……

**Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci:**

wyciągu

ZNACZNIK WYBORU  kopii

odpisu

do wglądu

**Zakres dokumentacji (okres leczenia, strony) ………………………………………………………………..……………………………….**

**Wnioskuje o dokumentację:**

Pierwszy raz (bezpłatnie)

Kolejny raz (odpłatnie)



Zgodnie z zapisami art. 28 ust. 2a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w przypadku, gdy wniosek składany jest ponownie w tym samym zakresie dokumentacji medycznej (również w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) oraz na informatycznym nośniku danych (płycie CD)), zostanie pobrana opłata za ponowne udostępnianie kopii dokumentacji medycznej.

**Dokumentacje:**

Odbiorę osobiście

ZNACZNIK WYBORU  Proszę o przesłanie na adres e-mail: …………………………………..……Nadane hasło do pliku…………………………….……

Odbierze osoba upoważniona imię i nazwisko ………………………nr dokumentu tożsamości ……………………….……

Upoważnienie w IKP

ZNACZNIK WYBORU  Inne …………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………….

Zostałem poinformowany o możliwości upoważnienia za pomocą Internetowego Konta Pacjenta oraz o skutkach takiego upoważnienia.

Data: ………………………………………..………………Podpis pracownika: …………………………………………………………..

Data: ………………………………………..………………Podpis osoby odbierającej dokumentację: ………………………..

**Wypełnia pracownik przyjmujący wniosek**

Data wpływu wniosku: ……………………………………………………………………………………………….………………….…….

Podpis pracownika: …………………………………………………………………………………………………………………….....…..

Data planowego odbioru dokumentacji ………………………………………………………………………………….……………

Osoba wnioskująca, inna niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja, jest do niej upoważniona

Tak

ZNACZNIK WYBORU  Nie

Data: ………………………………………..………………Podpis pracownika: …………………………………………………………..

Data: ………………………………………..………………Podpis osoby odbierającej dokumentację: ………………………..