**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 kopii

odpisu

do wglądu

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

**Wnioskuje o dokumentację:**

Pierwszy raz (bezpłatnie)

ZNACZNIK Kolejny raz (odpłatnie)

Zgodnie z zapisami art. 28 ustawy DZ. U. 2017.1318 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 Proszę o przesłanie na adres e-mail: …………………………………..……Nadane hasło do pliku…………………………….……

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

Upoważnienie w IKP

ZNACZNIK 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 Nie

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

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