

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Poznań, dnia.....

- na podstawie Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- na podstawie art. 15 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

Wniosek należy złożyć listownie lub osobiście w Punkcie Informacyjnym lub w Biurze Obsługi Pacjenta.

Imię i nazwisko												PESEL												
Adres	ul. _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _ _ - _ _ _ , Miejscowość _____ Telefon _____																							
Rodzaj dokumentacji medycznej	Należy podać nazwisko lekarza prowadzącego, rodzaj i zakres dokumentacji, w przypadku hospitalizacji datę pobytu, którego dotyczy wniosek.																							
Sposób udostępnienia	<input type="checkbox"/> oryginał do wglądu na miejscu <input type="checkbox"/> wyciąg <input type="checkbox"/> odpis/kopia <input type="checkbox"/> wersja elektroniczna* na informatycznym nośniku danych *w przypadku dokumentacji tradycyjnej udostępnianej za pomocą formy elektronicznej doliczone zostaną koszty cyfrowego odwzorowania każdej strony dokumentu (skanu)																							
<p>Wnoszę o sporządzenie i wydanie kserokopii wyżej wymienionej dokumentacji medycznej. Jednocześnie zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kopii dokumentacji wg obowiązującego Cennika opłat Centrum.</p> <p>W przypadku zwolnienia z opłaty zobowiązuję się dostarczyć dokument potwierdzający fakt niepodlegania opłacie za udostępnienie (<i>np. pismo z Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności</i>).</p> <p>W przypadku przesyłania dokumentacji pocztą kosztami przesyłki obciążony jest wnioskujący.</p> <p>Dokumentację odbiorę (zaznaczyć właściwą odpowiedź):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osobiście <input type="checkbox"/> za pośrednictwem upoważnionej osoby <input type="checkbox"/> proszę o przesłanie dokumentacji pocztą** <p style="text-align: right;">..... Podpis wnioskodawcy</p>																								
Wypełnić, gdy wniosek dotyczy dokumentacji pacjenta poniżej 18 roku życia lub osoby ubezwłasnowolnionej!!!																								
<p>.....</p> <p>Czytelnie – imię i nazwisko Wnioskodawcy – Rodzica/Opiekun prawny/Przedstawiciel ustawowy _____ Podpis _____</p>																								
Wypełnić, gdy Wnioskujący deklaruje odbiór dokumentacji za pośrednictwem upoważnionej osoby!!!																								
<p>Ja, niżej podpisana/ny, legitymująca/cy się dowodem osobistym numer _____ upoważniam _____ legitymująca/cego się _____</p> <p>dowodem osobistym nr _____ wydanym przez _____</p> <p>_____ do odbioru kopii wyżej wymienionej dokumentacji medycznej.</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis wnioskodawcy</p>																								
Koszty udostępnienia dokumentacji medycznej																								
<p>Liczba stron: _____</p> <p>Koszt udostępnionej dokumentacji: _____</p> <p>Koszt wysyłki: _____</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis pracownika DJ</p>																								
Dokumentacje wydano (zaznaczyć właściwą odpowiedź)											Dokumentację otrzymałam / otrzymałem													
<input type="checkbox"/> Wnioskodawcy <input type="checkbox"/> Osobie upoważnionej <input type="checkbox"/> Wysłano pocztą											<p>.....</p> <p style="text-align: center;">Podpis osoby wydającej, data</p>													
											<p>.....</p> <p style="text-align: center;">Podpis osoby odbierającej, data</p>													