

DANE WNIOSKODAWCY

Data

Imię i Nazwisko..... PESEL

Adres zamieszkania

WNIOSEK O DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a, wnoszę o wgląd /wydanie kopii* dokumentacji medycznej pacjenta:

.....

/Imię, nazwisko i PESEL pacjenta/

Określenie rodzaju (poradnia, pracownia) dokumentacji i okresu:

.....

Forma dostępu do dokumentacji:

- umożliwienie wglądu do dokumentacji na miejscu i sporządzenie kopii,
- wydanie kopii dokumentacji medycznej,
- wydanie w innej formie

Forma odbioru dokumentacji:

- osobiście
- upoważniam.....

/imię i nazwisko, PESEL, nr dokumentu tożsamości/

Podstawa prawna wydania:

- dokumentacja dotyczy wnioskodawcy
- osoba bliska pacjenta, po jego śmierci¹
- upoważnienie złożone w dokumentacji medycznej
- upoważnienie jednorazowe (odrębne)²
- prawny opiekun osoby małoletniej³
- prawny opiekun osoby ubezwłasnowolnionej⁴

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji, na zasadach i w wysokości przewidzianej w przepisach prawa.

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

.....

/Podpis osoby przyjmującej wniosek/

.....

/Podpis Wnioskodawcy/

Dokumentacją została wydana w dniu

- wnioskodawcy
- osobie trzeciej

/Imię, Nazwisko, PESEL/

.....

/Podpis osoby wydającej dokumentację/

* Niepotrzebne skreślić.

¹ Oświadczam, że jestem osobą bliską w rozumieniu art.26 ust.2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta.

² Oświadczam, że przedkładane przez mnie upoważnienie zostało własnoręcznie podpisane przez osobę upoważniającą.

³ Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby małoletniej i posiadam prawo dostępu do jej dokumentacji medycznej.

⁴ Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby ubezwłasnowolnionej i posiadam prawo dostępu do jej dokumentacji medycznej.