



WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

1. Dane Wnioskodawcy (pacjent, opiekun prawny, osoba upoważniona):

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu ☒):

wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta. Jako przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta oświadczam, że dysponuję pełną, nieograniczoną władzą rodzicielską nad małoletnim pacjentem.

.....
(podpis Wnioskodawcy)

wnioskodawca jest osobą upoważnioną:

upoważnienie w dokumentacji medycznej

odrębne upoważnienie, stanowiące załącznik do niniejszego wniosku

4. Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (proszę podać nazwę poradni, pracowni, itp. oraz datę z jakiego okresu ma być udostępniona dokumentacja medyczna):

.....

5. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący zakres (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu ☒):

historia choroby

inne

6. Wnoszę o (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu ☒):

sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem

inne formy (jaka):

7. Dokumentacja wymieniona w pkt. 4 (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu ☒)

zostanie odebrana osobiście

proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1

proszę o przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej:

na adres email: _____



8. Oświadczam, że: (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu ☒):

- mam świadomość zagrożeń związanych z przesyłaniem dokumentów transmisją elektroniczną
- składając wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z obowiązującym w UKS PUM Sp. z o.o. cennikiem.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Pouczenie:

1. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
2. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.
3. Administratorem danych osobowych jest Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna PUM Sp. z o.o. z siedzibą w Szczecinie, Aleja Powstańców Wielkopolskich 72 budynek 18, reprezentowana przez Prezesa Zarządu. Pełna informacja dostępna jest na stronie www.ukspum.pl w zakładce ochrona danych osobowych i prywatności/udostępnianie dokumentacji medycznej.

ADNOTACJE URZĘDOWE

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki /:

Imię i nazwisko pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Wnioskowaną dokumentację: (należy zaznaczyć „x” we właściwym wierszu ☒):

wysłano drogą elektroniczną na wskazany przez osobę upoważnioną adres email:

wysłano listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru: nr nadawczy: adres:

..... dnia:

odebrała osoba upoważniona

odebrano osobiście

Ja niżej podpisany(a) potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.

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

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

Imię i nazwisko:

Rodzaj i nr dokumentu/lub nr PESEL.....

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

Wersja 2.0

Data aktualizacji: 20.11.2019r.