

**WNIOSEK O UDOST PNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja ni ej podpisany/a:

Imi i nazwisko: .....PESEL.....

Adres zamieszkania: .....ul.: .....nr: .....

Kod pocztowy: ..... poczta: ..... woj.: .....

Telefon kontaktowy: .....e-mail: .....

Prosz o udost pnienie mi dokumentacji medycznej z leczenia w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Twardogórze\*:

- historii zdrowia i choroby za okres od.....do.....  
 wyników bada diagnostycznych za okres od.....do.....

w formie\*:

- do wglądu, w tym do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych  
 wyciągu (skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej)  
 odpisu (przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem)  
 kopii (kserokopia albo odwzorowanie cyfrowe tj. skan)  
 za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej  
 na informatycznym nośniku danych  
 oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrze eniem zwrotu\*\*

Pacjenta:

Imi i nazwisko: .....PESEL.....

O wiadczam, i zapoznałem/am si z obowi zyj cym w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Twardogórze cennikiem udost pniania dokumentacji, akceptuj jego postanowienia i zobowi zyj si do poniesienia kosztów zwi zanych ze sporz dzeniem kopii/ odpisu/ wyci gu dokumentacji medycznej oraz pokrycia kosztów wysyłki za pobraniem.

Sposób przekazania dokumentacji medycznej pacjenta\*:

- wnioskowan dokumentacj prosz wysła na wy ej wymieniony adres za zaliczeniem pocztowym  
 wnioskowan dokumentacj odbior osobi cie  
 upowa niam do odbioru dokumentacji medycznej Pana/Pani : .....  
 ....., dowód osobisty nr: .....

(data i czytelny podpis wnioskodawcy  
korespondencji)

(data i czytelny podpis osoby uprawnionej do przyjmowania

**Zaopiniowanie wniosku: wyra am zgod / nie wyra am zgody\***.....  
(data, piecz tka i podpis Kierownika SZPZOZ)**Potwierdzam przygotowanie dokumentacji medycznej do udost pnienia w postaci\*:**

- |   |                     |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> wyci gu z dokumentacji                       | liczba stron.....   |
| <input type="checkbox"/> odpisu dokumentacji w wersji papierowej      | liczba stron.....   |
| <input type="checkbox"/> kopii dokumentacji w wersji papierowej       | liczba stron.....   |
| <input type="checkbox"/> dokumentu w wersji elektronicznej (płyta CD) | w liczbie płyt..... |
| <input type="checkbox"/> oryginału dokumentacji                       | liczba stron.....   |
- który zobowi zyj si zwróci do dnia.....

Opłata za udostepnienie dokumentacji wynosi.....zł (słownie.....zł)

.....  
(data i czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za składnic akt)

\*wła ciwe zakre li

\*\*oryginał jest wydawany wył cznie uprawnionym organom lub podmiotom w rozumieniu art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – tekst jednolity (Dz. U. 2017r., poz. 1318).

