Zał. nr 1

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI  
przed wypełnieniem proszę zapoznać się z pouczeniem na odwrocie wniosku

**WNIOSKODAWCA:**  
Imię i nazwisko .........................................................................

PESEL: ..........................................

**Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej**: ( proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce )  
□ do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego  
□ wydanie kserokopii  
□ wydanie wyciągu  
□ wydanie odpisu

□ w wersji elektronicznej na e-mail………………………………………………

(Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja):

**DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:**Imię i nazwisko ..........................................................................

PESEL:………………………..:

**TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI**: ( zaznacz X we właściwej rubryce );  
□ wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy  
□ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta  
□ wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta.

**DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA**: (proszę podać nazwę komórki organizacyjnej oraz okres leczenia) ...............................................................w okresie .........................................

**SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:** ( proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce )\;  
□ dokumentację odbiorę osobiście1)/ przez osobę upoważnioną\*) w siedzibie podmiotu leczniczego  
□ dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt. 1 \*), za pobraniem\*) (obejmującym koszt sporządzenia kopii i koszty przesyłki wg. stawek Poczty Polskiej.)

□ w wersji elektronicznej na email………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE:**  
Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem na odwrocie niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

......................................................... .............................................  
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek) ( data i podpis Wnioskodawcy)

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

Potwierdzam wydanie dokumentacji Potwierdzam odbiór dokumentacji

…………………………………………………………. ………………………………………………..

(data i podpis osoby wydającej dokumentację) ( data i podpis Wnioskodawcy)

\*) niepotrzebne proszę skreślić

Rybnik; dnia............................

**POUCZENIE**:

1. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych.  
2. Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:  
· pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu;  
· osobie upoważnionej przez pacjenta na piśmie;  
· upoważnionym organom.  
3. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia 4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana w następujący sposób:  
• do wglądu w podmiocie leczniczym w obecności pracownika udostępniającego dokumentację i w uzgodnionym terminie;  
• poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii \*) czyt. objaśnienia u dołu strony  
• poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów.  
5. Wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu następuje wyłącznie na żądanie uprawnionego organu lub podmiotu. Pacjent nie może żądać wydania oryginalnej dokumentacji medycznej, lecz tylko jej kopii, odpisów lub wyciągów.  
6. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.  
7. Zgoda na udostępnienie dokumentacji albo jej odmowa następuje na podstawie decyzji dyrektora zakładu lub osoby przez niego upoważnionej. W przypadku nie wyrażenia zgody odmowa wydania dokumentacji wydawana jest w formie pisemnej z uzasadnieniem.  
8. Do wniosku należy dołączyć pisemne upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej.  
9. Wydanie dokumentacji następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy dowodem osobistym lub innym dokumentem urzędowym ze zdjęciem.  
11. Dokumentacja wydawana jest niezwłocznie. 12. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej wynoszą:  
• jedna strona wyciągu lub odpisu – nie może przekroczyć 0, 002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale,  
• jedna strona kopii - nie może przekroczyć 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale,  
Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest bezpłatne.  
13. Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuje tryb udostępniania mi dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 24 ust. 1, art. 26 ust 1 i 2 oraz w art. 27 pkt. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.............................. ...............................

Miejsce, data Podpis wnioskodawcy