

**KIEROWNIK  
CENTRUM MEDYCZNEGO  
W LUBACZOWIE**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**1. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

**2. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)**

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

PESEL: .....

**3. Wnioskuje o:**

<input type="checkbox"/>	wydanie kopii dokumentacji medycznej (potwierdzonej za zgodność z oryginałem)
<input type="checkbox"/>	wydanie odpisu, wyciągu lub zapisu elektronicznego
<input type="checkbox"/>	udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

**4. Zakres udostępnianej dokumentacji (rodzaj dokumentu – np. wpisy lekarskie, karta informacyjna, wyniki badań, nazwa oddziału, poradni, okres leczenia):**

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

**5. Dokumentację medyczną odbiorę\* :**

osobiście,

odbierze osoba upoważniona (imię, nazwisko, nr dokumentu tożsamości):

.....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art.2 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.) przewidziany w art. 26, art.27 i art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 186).

Oświadczam, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony w cenniku obowiązującym w Centrum Medycznym KORMED w Lubaczowie. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

Zostałam poinformowany/a, że kopie dokumentacji medycznej wydawane są nie później niż w terminie 7 dni od daty złożenia wniosku.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis Wnioskodawcy

### WERYFIKACJA WNIOSKU

1. Stwierdzam, że Wnioskodawca jest upoważniony/nie jest upoważniony\* do odbioru w/w dokumentacji medycznej.

2. Wydawana dokumentacja medyczna jest:\*

- pierwszą kopią w żądanym zakresie (nie podlega opłacie)

- kolejną kopią w żądanym zakresie (podlega opłacie)

- kolejną kopią w zakresie (zakres ten podlega opłacie):.....

.....

.....

.....  
*data i podpis osoby dokonującej weryfikacji*

### DECYZJA W SPRAWIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Po rozpatrzeniu wniosku z dnia .....,

złożonego przez Panią/-a.....

wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem.

nie wyrażam zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej z uwagi na:

.....

.....

.....  
*podpis Kierownika Centrum Medycznego KORMED lub osoby upoważnionej*

### POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

1. Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej:

.....  
*data i podpis osoby odbierającej dokumentację*

2. Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

.....

.....

*(nazwisko, imię, rodzaj i numer dokumentu)*

.....  
*data i podpis pracownika wydającego dokumentację*

3. Udostępnienie dokumentacji wpisane zostało w Wykazie pod nr .....

\* - właściwe podkreślić