

Imię i nazwisko: .....

osoby składającej wniosek

Cieszyn, dnia .....

Adres: .....

kod pocztowy

.....  
miejsowość

.....  
ulica, nr

Nr telefonu .....

### **WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W PORADNI SPECJALISTYCZNEJ**

**W poradni specjalistycznej dokumentacja medyczna udostępniana jest wyłącznie przez sporządzenie jej kopii lub wydruku (sporządzenie wydruku dotyczy dokumentacji prowadzonej w wersji elektronicznej).  
Inne formy udostępniania dokumentacji medycznej realizowane są przez Archiwum Zakładowe.**

Nazwa poradni: .....

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

#### **OKREŚLENIE UMOCOWANIA DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

- pacjent                       przedstawiciel ustawowy                       osoba upoważniona przez pacjenta

**WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** (należy wskazać formę udostępnienia dokumentacji medycznej):

.....  
.....

#### **RODZAJ I ZAKRES UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

- kompletną dokumentację medyczną (Historia Zdrowia i Choroby)  
 wynik badania (określić rodzaj badania).....  
 inne .....

#### **SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

- osobiście (za okazaniem dokumentu tożsamości)  
 przesyłka polecona  
 odbiór przez inną osobę upoważnioną przez pacjenta (za okazaniem dokumentu tożsamości)

#### **ODPŁATNOŚĆ:**

Za udostępnianie dokumentacji medycznej w formie odpisu, wyciągu, kopii, wydruku lub na płycie CD pobierana jest opłata zgodnie z aktualnym Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, wydanym na podstawie art. 28 ust. 3 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2017r. poz. 1318 z późn. zm.).

Dokumentacja medyczna udostępniania jest w miejscu wskazanym przez podmiot leczniczy, w obecności osoby upoważnionej do udostępniania dokumentacji medycznej, której obowiązkiem jest zapewnienie nadzoru oraz odnotowanie informacji o zakresie udostępnionej dokumentacji na str. 2 Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej. Czynność ta nie może zakłócać organizacji pracy w poradni, ani naruszać praw innych pacjentów oraz powodować narażenie życia i zdrowia pacjentów.

.....  
data

.....  
czytelny podpis osoby składającej wniosek

## ZAKRES UDOSTĘPNIONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Należy podać rodzaj i strony udostępnionej dokumentacji medycznej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
imię i nazwisko oraz podpis osoby udostępniającej dokumentację medyczną

**POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**

Dokument tożsamości

.....  
rodzaj dokumentu

.....  
seria

.....  
nr

.....  
organ wydający dokument tożsamości

.....  
data

.....  
czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną