



**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI
MEDYCZNEJ W ODDZIALE**

Wydanie: V

Strona 1 z 2

Imię i nazwisko:

Cieszyn, dnia

osoby składającej wniosek

Adres:

kod pocztowy

miejsowość

ulica, nr

Nr telefonu

Nazwa oddziału:

Pobyt w oddziale od: PESEL:

Imię i nazwisko pacjenta:

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:

- ☐ Karta Informacyjna
☐ okładka Historii Choroby z Kartą Informacyjną i statusami lekarskimi
☐ kompletna dokumentacja medyczna (Historia 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)
☐ drogą elektroniczną

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 (Dz.U. 2024 r. poz. 581 z późn. zm.), chyba, że przepis szczególny zwalnia z obowiązku opłaty.

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 oddziale, 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 i nadzorującej udostępnienie dokumentacji medycznej
---------------	--

POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Dokument tożsamości	 rodzaj dokumentu	 seria	 nr	 organ wydający dokument tożsamości
---------------------	---------------------------	----------------	-------------	---

..... data	 czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną
---------------	---