Warszawa, dn. ……………………

**WNIOSKODAWCA:**

Imię i Nazwisko ……………………………………………………... PESEL/NIP ..………………………..[[1]](#footnote-1)

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**DZIAŁAJĄC:**

* w imieniu własnym / jako przedstawiciel ustawowy / jako osoba upoważniona \*

**WNOSZĘ O UDOSTĘPNIENIE MI DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** z leczenia szpitalnego / ambulatoryjnego \*:

* **do wglądu** w Szpitalu / Poliklinice \*
* **przez sporządzenie jej** wyciągu / odpisu / kopii lub wydruku\*
* **przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu** [[2]](#footnote-2)**,** na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia
* **na informatycznym nośniku danych (badań, które są ewidencjonowane w formie elektronicznej);** \***.**

w całości / w części \* obejmującej okres pobytu / leczenia w Szpitalu / Poliklinice w okresie od …….…..……. do ….….……… wskazać zakres żądanej dokumentacji (np. historia choroby / historia zdrowia i choroby / karta informacyjna z leczenia szpitalnego / z wynikami badań - podać jakich / bez wyników badań ) lub nr kart dokumentacji)

**dotyczącej;**

**DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:**

Imię i Nazwisko ……………………………………………… PESEL/NIP ..………………………..[[3]](#footnote-3)

**Dokumentację medyczną:**

* odbiorę osobiście
* proszę przesłać na adres: ………………………………………………..…………………………………… listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru / za pobraniem \*

**Oświadczam, że:**

* Za przesłanie dokumentacji medycznej drogą pocztową zobowiązuję się do uiszczenia na rzecz Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego opłaty w wysokości stanowiącej równowartość opłaty ustalonej przez operatora pocztowego i poniesionej przez ten podmiot.
* Mam świadomość tego, że ryzyko ewentualnej utraty lub zniszczenia przesyłki pocztowej zawierającej dokumentację medyczną lub ujawnienia jej treści w drodze pocztowej nie obciąża Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego.
* Zobowiązuję się do uiszczenia  na rzecz Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej  przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku albo wydanie na informatycznym nośniku danych (badań, które są ewidencjonowane w formie elektronicznej);, w wysokości zgodnej z zasadami pobierania opłat określonymi w art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustalonej Zarządzeniem dyrektora Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego.

W załączeniu przedkładam pisemne upoważnienie pacjenta do uzyskiwania jego dokumentacji medycznej *(skreślić, jeżeli Wnioskodawcą jest pacjent lub osoba uprawniona do żądania udostępnienia dokumentacji bez konieczności dysponowania upoważnieniem pacjenta).*

**………………………………………….**

data i czytelny podpis wnioskodawcy

**Potwierdzenie przyj**ę**cia wniosku**

**……………………………………**

Data i czytelny podpis pracownika

**Wydanie dokumentacji (wypełnia Rejestracja medyczna)**

**Potwierdzenie odbioru dokumentacji dotycz**ą**cej pacjenta**

Imię i Nazwisko ………………………………………………..…………..…………………..…. PESEL/NIP ……….…………………………..

Pobrano opłatę w wysokości, ……………… nr paragonu ………… z dn. ………………….. / wystawiono fakturę Nr …… z dn.………….…… / Wysłano listem poleconym priorytetem za potwierdzeniem odbioru o numerze nadawczym ……………………………………..., dnia ……………………. \*

Data wydania, podpis pracownika

Data, czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

\* Niepotrzebne skreślić, odpowiednie zaznaczyć lub wypełnić

1. Wypełnia osoba uprawniona nie będąca pacjentem i nie będąca przedstawicielem ustawowym pacjenta [↑](#footnote-ref-1)
2. Tylko na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta [↑](#footnote-ref-2)
3. Wypełnia osoba uprawniona nie będąca pacjentem i nie będąca przedstawicielem ustawowym pacjenta [↑](#footnote-ref-3)