



**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Symbol: PZ1-PO5-I1-F1

Wydanie: 01

Obowiązuje od: 27.06.2019

Strona: 1 / 1

Kraków, dnia.....

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

PESEL:

Adres zamieszkania:.....

Nr tel. do kontaktu:

1. Dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

Nr PESEL

2. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w

.....

.....

(podać nazwę oddziału, poradni i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępnia)

3. Udostępnienie dokumentacji obejmuje

.....

(należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej np. historia choroby; karta informacyjna z leczenia na oddziale, wyniki badań)

4. Wnioskuje udostępnienie dokumentacji w następujący sposób:*

do wglądu;

sporządzenie kopii;

sporządzenie wyciągu;

sporządzenie odpisu;

udostępnienie zdjęć rentgenowskich wykonanych na kliszy za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu;

za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;

na informatycznym nośniku danych.

5. Dokumentację wymienioną w pkt. 4:*

odbiorę osobiście;

proszę przesłać za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres:

.....

proszę przesłać pocztą elektroniczną na adres:

.....

Składający kolejny wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kopii, wyciągu, odpisu lub skanu zgodnie z cennikiem obowiązującym w MCO

(podpis wnioskodawcy)

1. Wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

* Zaznaczyć X we właściwym miejscu.