Lipno, dn…………………………

# PREZES ZARZĄDU

**Szpital Lipno Sp. z o.o**

# ul. Nieszawska 6; 87-600 Lipno

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Dane wnioskującego:**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko: |
| PESEL: |
| Adres: |
| Telefon kontaktowy: |

**Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej** *( proszę zaznaczyć* ***X*** *we właściwej rubryce):*

|  |
| --- |
| * do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego |
| * wydanie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem |
| * wydanie wyciągu |
| * wydanie odpisu |
| * wydanie wydruku |
| * na informatycznym nośniku danych CD/DVD w przypadku badań obrazowych |

**Wnioskuję:** *( proszę zaznaczyć* ***X*** *we właściwej rubryce):*

|  |
| --- |
| * pierwszy raz |
| * kolejny raz |

# Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek:

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko: |
| PESEL: |
| Adres: |
| Telefon kontaktowy: |

**Dokumentacja medyczna dotyczy leczenia** *( proszę podać Oddział/Poradnię i dane za jaki okres leczenia)*

|  |
| --- |
| Poradnia/Oddział: |
| W okresie: |
| Rodzaj dokumentacji *( np.: historia choroby, wyniki badań podać jakich):………………………………………………………………..*  *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*  *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*  *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….* |

# Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji.

**Wniosek składa:** *( proszę zaznaczyć* ***X*** *we właściwej rubryce):*

|  |
| --- |
| * pacjent, którego wniosek dotyczy. |
| * przedstawiciel ustawowy pacjenta |
| * opiekun prawny |
| * osoba upoważniona przez pacjenta |
| * osoba bliska pacjenta *(tylko w przypadku śmierci pacjenta):*   małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu \*. |

**Sposób odbioru dokumentacji** (proszę zaznaczyć **X** we właściwej rubryce):

|  |
| --- |
| * dokumentację odbiorę osobiście |
| * odbierze osoba upoważniona |
| * proszę przesłać na adres zamieszkania \*\*:   ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

# Oświadczenie:

Oświadczam, że zapoznałem/am się ze sposobem i trybem udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wytworzenia, oraz kosztów przesyłki.

Oświadczam, że zapoznałem/am i podpisałem klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez Szpital Lipno Sp. z o.o., stanowiącą integralną część niniejszego wniosku.

(Opłaty nie obowiązują pacjenta wnioskującego pierwszy raz o udostępnienie dokumentacji medycznej).

…………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………

(data i podpis osoby przyjmującej wniosek) (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

# Potwierdzenie wydania i odbioru.

## Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….

( data i podpis osoby wydającej dokumentację medyczną)

## L.p w wykazie wydanej dokumentacji medycznej: ………………………………………………………………………………..

# Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

…………………………………………………………………………………………………….……………………………….………..…………………

( data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną)

**UWAGA!!!**

**W przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba inna niż pacjent, którego dokumentacja jest udostępniana lub osoba inna niż wskazana przez pacjenta w dokumentacji medycznej, konieczne jest załączenie upoważnienia do udostępniania dokumentacji medycznej.**

\* właściwe podkreślić

\*\* dokumentacja wysyłana jest na wskazany adres, po wcześniejszym uregulowaniu opłaty za przesyłkę