

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### 1. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko:.....

Telefon kontaktowy:.....

Adres e-mail:.....

Adres zamieszkania:.....

NR PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 2. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej:

**Nazwa poradni** (np. kardiologiczna, POZ):.....

**Okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniona** (np. ostatnie 2 lata, całość, od 2001-2006):

.....

### 3. Udostępnienie dokumentacji obejmuje (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):

- WYDRUKI WIZYT
- WYNIKI BADAŃ, proszę wymienić.....
- INNE, proszę wymienić.....

### 4. Forma udostępnienia dokumentacji medycznej:

- wydanie kopii lub wydruku dokumentacji medycznej
- do wglądu w miejscu udzielania świadczeń
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
- na informatycznym nośniku danych
- pocztą tradycyjną (dodatkowa opłata za przesyłkę)

**5. Dane Wnioskodawcy** (wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona przez pacjenta):

Imię i Nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

NR PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Udostępnianie dokumentacji medycznej następuje bez zbędnej zwłoki, a więc możliwie jak najszybciej. Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ ETER-MED Sp. z o.o. (art. 28 ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417).

.....  
(podpis wnioskodawcy)

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wprowadzone przeze mnie dane osobowe są zgodne z prawdą.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Upzejmie informujemy, że w przypadku nieodebrania kopii dokumentacji medycznej w ciągu miesiąca od dnia złożenia wniosku, przygotowana do odbioru kopia dokumentacji zostanie zniszczona wraz z wnioskiem.

<b>Wniosek przyjął/ęła</b>	(imię i nazwisko, data)
<b>Dokumentację przygotował/a</b>	(imię i nazwisko, data)
<b>Dokumentację wydał/a</b>	(imię i nazwisko, data)
<b>Dokumentację odebrał/a</b> (osoba upoważniona do wglądu do dokumentacji medycznej)	(imię i nazwisko, data)