

**DYREKCJA CENTRUM OPIEKI
MEDYCZNEJ W JAROSŁAWIU**

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres zamieszkania:
Numer telefonu kontaktowego:

2. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: *(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko:
Adres:
PESEL:

3. Wnioskuję o:

<input type="checkbox"/>	wydanie kopii dokumentacji medycznej (potwierdzonej za zgodność z oryginałem)
<input type="checkbox"/>	wydanie odpisu, wyciągu lub zapisu elektronicznego
<input type="checkbox"/>	udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

4. Zakres udostępnianej dokumentacji *(rodzaj dokumentu – np. wpisy lekarskie, karta informacyjna, wyniki badań, nazwa oddziału, poradni, okres leczenia):*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Dokumentację medyczną odbiorę* :

- osobiście,
 odbierze osoba upoważniona *(imię, nazwisko, nr dokumentu tożsamości):*

.....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art.2 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.) przewidziany w art. 26, art.27 i art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 186).

Oświadczam, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony w cenniku obowiązującym w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu. W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

Zostałam poinformowany/a, że kopie dokumentacji medycznej wydawane są nie później niż w terminie 7 dni od daty złożenia wniosku.

.....
miejsowość, data

.....
podpis Wnioskodawcy

WERYFIKACJA WNIOSKU

(wypełnia Dział Organizacji i Nadzoru w przypadku dokumentacji archiwalnej lub pracownik poszczególnej komórki organizacyjnej w przypadku dokumentacji niezarchiwizowanej)

Stwierdzam, że Wnioskodawca jest upoważniony/nie jest upoważniony* do odbioru w/w dokumentacji medycznej.

.....
data i podpis osoby dokonującej weryfikacji

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

1. Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej:

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

.....
.....
(nazwisko, imię, rodzaj i numer dokumentu)

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

* - właściwe podkreślić