

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ\***  
**do Dyrekcji Centrum Medycyny Rodzinnej Gnojnik I sp. z o.o.**

**DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA:**

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

**DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI:**

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca jest inną osobą niż pacjent):

Imię i nazwisko: .....

Dane kontaktowe (adres, telefon): .....

Wnioskuję o udostępnienie w formie:

- Kserokopii       Kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem       Odpisu       Wyciągu       Wydruku
- Do wglądu w siedzibie CMR Gnojnik I       Odwzorowania cyfrowego (skan) na informatycznym nośniku danych
- Wydania oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, pod rygorem odpowiedzialności cywilnej i karnej za zgubienie, utratę bądź zniszczenie dokumentacji

Dokumentacji medycznej z leczenia w .....

.....

za okres leczenia: .....

Zakres udostępnianej dokumentacji medycznej:

Całość       Karta informacyjna       Wyniki badań       Inne .....

Do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam (imię, nazwisko, adres) .....

W celu związanym z leczeniem\*\*:

TAK       NIE

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochronę danych osobowych akceptuję zasady i tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zostałem poinformowany, że pierwsza kopia dokumentacji medycznej w danym zakresie udostępniana jest bezpłatnie - w przypadku przesłania jej drogą pocztową, osoba wnioskująca pokrywa koszt wysyłki (na podstawie cennika Poczty Polskiej). Każda kolejna kopia dokumentacji medycznej wydawana jest po uiszczeniu opłat, zgodnie z obowiązującym w SP ZOZ w Brzesku cennikiem.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

\*Na podstawie art. 26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

\*\*Art. 43, ust. 1 pkt. 18. ustawy o podatku od towarów i usług z dn. 11 marca 2004 r. (DZ.U. Nr. 54, poz. 535, z późn. zm.)

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI:**

Dokumentacja:

- Odebrana osobiście przez pacjenta w dniu .....
- Odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  1. upoważnienie w dokumentacji medycznej
  2. upoważnienie w niniejszym wniosku
  3. odrębne pisemne upoważnienie (dołączone do wniosku)

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

(rodzaj i numer dokumentu) .....

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji:

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację