	Grupa EMC	Standard:
	Poradnia POZ przy Szpitalu Bukowiec w Kowarach	Prawa Pacjentem PP 4
	Załącznik 1 do PP/1-4/2019	
	FA-26 Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	Data wydania 22.08.2019
		Nr wydania 7

Wnioskodawca:, dnia20.....r.

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

(imię i nazwisko, dokładny adres zamieszkania i telefon kontaktowy)

Poradnia POZ przy Szpitalu Bukowiec w Kowarach
ul. Jeleniogórska 14D
58-530 Kowary

WNIOSEK PACJENTA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta sporządzonej w Poradni POZ przy Szpitalu Bukowiec w Kowarach dotyczącej Pana/Pani *..... posiadającego numer PESEL/urodzonego dnia (w przypadku braku PESEL)*:..... w zakresie (rodzaj dokumentacji medycznej, okres wykonywania świadczeń):

.....
.....

Poprzez:

- wgląd w siedzibie Szpitala i proponuję termin wglądu na dzień 20.....r.;
- sporządzenie jej kopii/wyciągu/odpisu*;
- sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego na informatycznym nośniku danych/ do udostępnienia za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej*

Dokumentację medyczną

- odbiorę osobiście
- upoważniam do odbioru**

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, nr PESEL lub rodzaj i nr dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

- proszę przesłać listem poleconym za potwierdzeniem odbioru na adres**

Ulica..... nr domu..... nr lokalu.....


Miejscowość:..... kod pocztowy:.....

- proszę przesłać drogą elektroniczną na adres e-mail:.....

Oświadczam, iż ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów wykonania powyższej dokumentacji stosownie do: ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. 159 z późn. zm.) zgodnie z obowiązującym cennikiem EMC Instytut Medyczny S.A. a w przypadku wysyłki pocztą także pokrycia kosztów przesyłki.

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić ** tylko w przypadku kiedy wnioskującym jest pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy

	Grupa EMC	Standard:
	Poradnia POZ przy Szpitalu Bukowiec w Kowarach	Prawa Pacjentem PP 4
	Zał.1 do PP/1-4/2019	
	FA-26 Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	Data wydania 22.08.2019
		Nr wydania 7

Stwierdzam, że wnioskodawca jest upoważniony do udostępnienia mu w/w dokumentacji medycznej.

.....
(czytelny podpis upoważnionego pracownika)

UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI

Tożsamość osoby odbierającej w/w dokumentacji medycznej /uzyskującej* wgląd do w/w dokumentacji medycznej* została potwierdzona na podstawie:.....

Dokumentację udostępniono w dniu:.....

.....
(czytelny podpis upoważnionego pracownika)
