

## **WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Wnioskuje o udostępnienie do wglądu w siedzibie 116 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Opolu wydania wydania kopii: kserokopii\*/ w formie odwzorowania cyfrowego- skanu\*/ wyciągu\*/ odpisu\*/ wydruku\*/ oryginału\*/ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej\*/ na informatycznym nośniku danych\*/ dokumentacji medycznej dotyczącej:

mojego stanu zdrowia\*\*

stanu zdrowia osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym\*\*

stanu zdrowia osoby, przez którą zostałem/ am upoważniony/a, które załączam\*\*

**W przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym za pomocą poczty elektronicznej należy podać czytelnie adres e- mail:.....**

### **WNIOSKODAWCA:**

Imię i Nazwisko.....PESEL.....

Rodzaj i numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania..... tel.....

### **DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:**

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Nazwa Oddziału.....

Pobyt od dnia.....do dnia.....

Nazwa Poradni.....

Zakres i sposób udostępnienia dokumentacji:

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję zasady i tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo do otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie. W przypadku kolejnego udostępnienia określonego powyżej zakresu dokumentacji oświadczam, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania dokumentacji ustalony do zapisów w/w ustawy.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

### **POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wydania kopii w formie: kserokopii\*/ odwzorowania cyfrowego- skanu\*/ wyciągu\*/ odpisu\*/ wydruku\*/

dokumentacji medycznej ilość stron..... w dniu.....

Zakres dokumentacji podlegający udostępnieniu.....

Koszt udostępnienia dokumentacji medycznej.....

.....  
Data i czytelny podpis osoby odbierającej

.....  
Data i podpis osoby wydającej

\*niepotrzebne skreślić

\*\* właściwe zaznaczyć