PLAZAMED SP. Z O.O.
ul. Zagnańska 94/7, 25-558 Kielce | NIP: 9592040729 | REGON: 388168078 | KRS: 0000899722

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej.

1. Dane wnioskodawcy (pacjent, przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona):

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Numer telefonu kontaktowego: .....

Adres e-mail: .....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

3. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji medycznej (należy zaznaczyć „X”):

☐ wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy

☐ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

Jako przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta oświadczam, że dysponuję pełną, nieograniczoną władzą rodzicielską nad małoletnim pacjentem.

☐ wnioskodawca jest osobą upoważnioną:

- ☐ upoważnienie znajduje się w dokumentacji medycznej
- ☐ odrębne upoważnienie stanowi załącznik do niniejszego wniosku

.....

(podpis wnioskodawcy)

4. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia / świadczeń udzielanych w:

PLAZAMED SP. Z O.O. – poradnia / gabinet: .....

.....

w okresie (data wizyty, konsultacji, badania): .....

5. Udostępnienie dokumentacji obejmuje następujący zakres (należy zaznaczyć „X”):

☐ historia choroby / historia zdrowia i choroby

☐ dokumentacja z konsultacji / wizyt

☐ wyniki badań (podać jakie): .....

☐ opinie / zaświadczenia / zalecenia

☐ dokumentacja obrazowa / wyniki badań diagnostycznych

☐ inna dokumentacja: .....

6. Wnioskuję o (należy zaznaczyć „X”):

☐ sporządzenie kopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem

☐ sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej

☐ sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej

☐ sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu)

☐ wydanie dokumentacji na informatycznym nośniku danych

☐ inny sposób: .....

7. Dokumentacja wymieniona w pkt. 6 (należy zaznaczyć „X”):

☐ zostanie odebrana osobiście

☐ zostanie odebrana przez osobę pisemnie upoważnioną

☐ proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1

☐ proszę o przesłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail:

.....

Oświadczam, że mam świadomość zagrożeń związanych z przesyłaniem dokumentów transmisją elektroniczną.

.....

(podpis wnioskodawcy)

POUCZENIE

1. Pacjent nie może żądać udostępnienia oryginalnej dokumentacji medycznej, lecz jej kopii, odpisów lub wyciągów, z wyjątkami przewidzianymi przepisami prawa.
2. Udostępnienie dokumentacji następuje w sposób zapewniający zachowanie poufności i ochronę danych osobowych.
3. W przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji należy dołączyć pisemne upoważnienie.
4. Jeżeli dokumentacja została przygotowana na wniosek, a nie zostanie odebrana, mogą zostać naliczone koszty jej przygotowania zgodnie z obowiązującymi zasadami.

ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych jest PLAZAMED SP. Z O.O., ul. Zagnańska 94/7, 25-558 Kielce, NIP: 9592040729, REGON: 388168078.
Dane są przetwarzane w celu realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki: .....

.....

(data i czytelny podpis pracownika)

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

☐ wysłano listem poleconym / przesyłką: .....

☐ odebrała osoba upoważniona

☐ odebrano osobiście

Ja, niżej podpisany/a, potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.

.....

(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację stwierdzono na podstawie dokumentu potwierdzającego tożsamość ze zdjęciem.

Imię i nazwisko osoby odbierającej: .....

.....

(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)