**Załącznik nr 1**

do Procedury dostępu do archiwalnej dokumentacji medycznej

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: ……………………………..…. PESEL: ……………………...………………..

Adres zamieszkania: ……………..…….……………………………………..……………………

Numer telefonu kontaktowego: ………………………………………………………………….

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: ……………………………...………. PESEL: ………………………………….

**Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:**

* 󠄀 Kserokopii, wydruku, wyciągu, odpisu
* 󠄀 płyty CD z badania RTG

………………………………………………………………………………………….....

(nazwa oddziału / poradni / pracowni)

**Rodzaj dokumentacji medycznej:**

* 󠄀 Historia choroby-całość
* 󠄀 Karta informacyjna z leczenia szpitalnego
* 󠄀 Karta z leczenia ambulatoryjnego Izby Przyjęć
* 󠄀 Wyniki badań
1. Inne ……………………………………………………………………………………….

**Wnioskowaną dokumentację:**

* 󠄀 odbiorę osobiście
* 󠄀 odbierze osoba upoważniona:

Imię i nazwisko: …………………………..…. PESEL: …………………..………………….

**miejscowość, data czytelny podpis wnioskodawcy**

Jednocześnie zobowiązuję się do wniesienia opłaty\* za wykonanie kserokopii/wydruku dokumentów, zgodnie z Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r. (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).

\***Opłaty nie pobiera się** w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu **po raz pierwszy** w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust.3; Ustawa
o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r. (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).

 **czytelny podpis wnioskodawcy**

Potwierdzenie wpływu:

…………………………. (DD-MM-RRRR)

 **Czytelny podpis osoby upoważnionej do przyjęcia wniosku**

**Załącznik nr 2**

do Procedury dostępu do archiwalnej dokumentacji medycznej

**POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

**Dokumentacja:**

* 󠄀 odebrana osobiście przez pacjenta
* 󠄀 odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
	+ □ upoważnienie w dokumentacji medycznej,
	+ □ upoważnienie w niniejszym wniosku,
	+ □ odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

󠄀 Wydanie pierwszej kopii str. od ................................ do ................................

*jeżeli nie można wskazać zakresu stron, należy opisać wydaną dokumentację:*

*…………………………………………………………………………………………………..*

*…………………………………………………………………………………………………..*

*…………………………………………………………………………………………………..*

* + 󠄀 Wydanie pierwszej kopii: ………………………..
	+ 󠄀 Naliczono opłaty w wysokości: ………………………..

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

 **data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację**

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

*(rodzaj i numer dokumentu)*

……………………………………………………………………………………………….…

 **data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację**

**Załącznik nr 3**

do Procedury dostępu do archiwalnej dokumentacji medycznej

# UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Miejscowość, data…………………………...................……….....................………………………………………………. 2. Imię i nazwisko pacjenta …………………………………………….....................................................................

1. Adres ……….…………………………………………….......................................……………….................................
2. PESEL……………………………………………………………………………................................................……………….
3. Ja, niżej podpisany legitymujący się dowodem osobistym wydanym przez ………………………........................................................................ Seria ……………………….Nr………………. upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej Pana /Panią ........................................................................................... legitymującego się dowodem osobistym wydanym przez …………......................…………………………………………………………………….…………………….

Seria …………….. Nr …………………………………………………………

1. Upoważnienie jest jednorazowe.

 ………………………………………………………

 *(czytelny podpis pacjenta)*