**S-34(02)**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**  *Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn. 6 listopada 2008 r. (Dz. U. 2017r. poz. 1318 z późn. zm.)*

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE PACJENTA** |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Nr dokumentacji medycznej** |  |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBY WNIOSKUJACEJ** |
| **Imię i Nazwisko** |  | **Stopień pokrewieństwa**  |  |
| **Rodzaj, seria i nr dowodu tożsamości**  |  | **Nr telefonu** |  |

|  |
| --- |
| **PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:**  |
| **Z leczenia szpitalnego (pobyty w oddziale) Historia Choroby**  | **za okres od - do**  |  | **W części** ( np. wpisów lekarskich, karty informacyjnej, wyników badań) **lub w całości**  |  |
| **Z leczenia ambulatoryjnego (porady) Ambulatoryjna Historia Choroby** | **za okres od - do** |  | **W części (**np. wpisów do Ambulatoryjnej Historii Choroby, wyników badań) **lub w całości** |  |
| **Inne (wymienić jeśli dotyczy)** |  |
| **DODATKOWE INFORMACJE O PACJENCIE:** |
| **Czy Pacjent aktualnie jest leczony w oddziale szpitalnym** | **TAK NIE**(właściwe zakreślić) | **Jeśli tak, wymagana jest zgoda lekarza prowadzącego na czasowe udostępnienie dokumentacji medycznej.** | pieczątka i podpis lekarza |
| **PROSZĘ O UDOSTEPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W NASTEPUJACEJ FORMIE\*:** |
| **Kopii**(potwierdzonej za zgodność z oryginałem) | **TAK NIE** (właściwe zakreślić) | Oświadczam, że zapoznałam/em sie z aktualnym cennikiem wykonania kopii, odpisu, wyciągu i zapisu na nośniku elektronicznym dokumentacji medycznej. (Art.28 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U.2009, Nr 52 poz.417 z póz. zm.). i zobowiązuję sie do pokrycia kosztów w całości. |
| **Odpisu, wyciągu, zapisu****elektronicznego****Innej**…………………………………. | **TAK NIE****(**właściwe zakreślić) |
| **Do wglądu**Wymaga uzgodnienia terminu wglądu. | **TAK NIE**(właściwe zakreślić) | Data udostępnienia dokumentacji medycznej |
| **SPOSÓB ODBIORU ZAMÓWIONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:** |
| **Odbiorę osobiście**TAK NIE(właściwe zakreślić) | Data odbioru dokumentacji medycznej (wyznacza pracownik DSMiRCH) |
| **Upoważniam do odbioru****TAK NIE**(właściwe zakreślić) | Pana/Panią (imię, nazwisko) ………………………………………………………………………………..………………………Legitymującego się ……..………………………………… seria, nr ………………………………………(wpisać dowód osobisty, paszport, prawo jazdy) |
| **WERYFIKACJA OSÓBY UPOWAŻNIONEJ WG ZAPISÓW ZAWARTYCH W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**  |
| **Imię i Nazwisko osoby upoważnionej do udostępnienia dokumentacji medycznej** |  | podpis pracownika DSMiRCH |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu wniosku** | **Data przekazania dokumentacji. med.** |
|  |  |
| **Podpis pracownika przyjmującego i weryfikującego wniosek** |  |

 ………………………………………………….

**czytelny podpis osoby składającej wniosek**

………………………………………………….

**czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną**